



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



ITINERARIOS

DE TRABAJO SOCIAL N°3

Universitat de Barcelona

ISSN-E: 2696-4244

**ITINERARIOS DE
TRABAJO SOCIAL**

3
Enero 2023

Equipo editorial

Andrés Lorenzo Aparicio, Director
Belén Parra Ramajo, Subdirectora
Nuria Amat Ventura, Secretaria de redacción

Consejo científico asesor

Ana Alcázar Campos, Universidad de Granada, España
Andrés Arias Astray, Universidad Complutense de Madrid, España
Belén Lorente Molina, Universidad de Málaga, España
Carmina Puig Cruells, Universitat Rovira i Virgili, España
Charo Ovejas Lara, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España
Enrique Pastor Seller, Universidad de Murcia, España
Esther Raya Diez, Universidad de La Rioja, España
Francisco Idareta Goldaracena, Universidad Pública de Navarra, España
Germán Jaraíz Arroyo, Universidad Pablo de Olavide, España
Jesús Muyor Rodríguez, Universidad de Almería, España
Josefa Fernandez i Barrera, Universitat de Barcelona, España
Josefa Fombuena Valero, Universitat de València, España
Josep Maria Mesquida González, Universitat de Barcelona, España
Laura Ponce de León Romero, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
María de las Olas Palma García, Universidad de Málaga, España
María del Carmen Peñaranda Cólera, Universidad Complutense de Madrid, España
María José Aguilar Idáñez, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Miguel Miranda Aranda, Universidad de Zaragoza, España
Sagrario Segado Sánchez-Cabezudo, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
Teresa Facal Fondo, Universidade de Santiago de Compostela, España
Teresa Zamanillo Peral, Universidad Complutense de Madrid, España
Vicenta Rodríguez Martín, Universidad de Castilla-La Mancha, España
Víctor M. Giménez Bertomeu, Universidad de Alicante / Universitat d'Alacant, España
Yolanda Domenech López, Universidad de Alicante / Universitat d'Alacant, España

Consejo científico asesor internacional

Annamaria Campanini, Presidenta de International Association of Schools of Social Work (IASSW), Università di Milano-Bicocca, Italia
Bibiana Travi, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Carlos Montaña Barreto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Carolina Rojas Madrigal, Universidad de Costa Rica, Costa Rica
Cristina De Robertis, Association Nationale d'Assistants Sociales (ANAS), Francia
Doctor Javier Roberto Barria Muñoz, Universidad Andrés Bello, Chile
Jorge Manuel Ferreira, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal
Kristina Urbanc, Sveučilište u Zagrebu, Croacia
Lena Dominelli, Durham University, Reino Unido
Marcos Chinchilla Montes, Universidad de Costa Rica, Costa Rica
Martha Leticia Cabello Garza, Universidad Autónoma de Nuevo León, México
Silvana Martínez, Presidenta de International Federation of Social Workers (IFSW), Argentina
Silvia Vázquez González, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Edita: RCUB - Revistes Científiques de la Universitat de Barcelona

Periodicidad: Anual

Diseño cubierta: Pau Caparrós

Maquetación: Andrés Lorenzo Aparicio

ISSN-E: 2696-4244

www.itinerariosts.com
revista@itinerariosts.com

Artículos

- 7-13 **Objetivos de Desarrollo Sostenible y Acción Social. Una experiencia de incorporación de ODS en la planificación estratégica de una entidad sin ánimo de lucro.**
Laura Esteban Romaní, Lucía Vázquez Gómez
- 14-22 **Discriminación, violencia y exclusión social. Una aproximación a la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial.**
Iria Noa de la Fuente-Roldán, Esteban Sánchez-Moreno
- 23-30 **The financial, health, and social crisis in Europe. Developments and challenges from the Social Work perspective.**
Rafael Arredondo Quijada, María de las Olas Palma García, Ana Cristina Ruiz Mosquera
- 31-39 **Las personas sin hogar. Retos para la intervención desde el Trabajo Social.**
José Manuel Díaz González, Paulo Adrián Rodríguez Ramos
- 40-48 **Diabetes mellitus y envejecimiento. Implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores.**
Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz, Martha Leticia Cabello Garza
- 49-57 **Principios éticos y Trabajo social: cuestiones pendientes.**
Mercedes Cuenca Silvestre, Begoña Román Maestre
- 58-65 **Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas. La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social.**
Joan Casas Martí
- 66-75 **Revisión bibliográfica sobre la Vulnerabilidad Social y los procesos de hospitalización: una mirada desde el Trabajo Social sanitario.**
Laura Morro Fernández, Concha Vicente Mochales, Ingrid Pineda Perez, Josep Guilanyà Casas, Carmina Puig Cruells
- 76-83 **Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria.**
Rocío Ruiz Hernández
- 84-94 **Panorámica de la violencia contra las mujeres con discapacidad en España. Un análisis de datos estadísticos.**
Mercedes López-Pérez
- 95-103 **Representaciones sociales sobre las personas migrantes centroamericanas en México. Un estudio de comunidad.**
Zurisadai García Jiménez, Pedro Daniel Martínez Sierra
- 104-109 **Nuevas tendencias en metodologías docentes: la gamificación en el Grado de Trabajo Social.**
Fidely Polanco Grullón
- 110-116 **Cartografías de la fragilidad de los cuerpos: una mirada desde el Trabajo Social.**
Antonella Leone, Denise Soledad Couselo



Objetivos de Desarrollo Sostenible y Acción Social. Una experiencia de incorporación de ODS en la planificación estratégica de una entidad sin ánimo de lucro.

Objectius de Desenvolupament Sostenible i Acció Social. Una experiència d'incorporació de ODS a la planificació estratègica d'una entitat sense ànim de lucre.

Sustainable Development Goals and Social Action. An experience of incorporating SDGs in the strategic planning of a non-profit organization.

Laura Esteban Romani¹ , Lucía Vázquez Gómez² 

Resumen

La agenda 2030 es considerada el mayor acuerdo internacional para la sostenibilidad del planeta adoptado hasta la fecha. Establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible para alcanzar la prosperidad social, económica y ambiental. El presente artículo expone una experiencia de cómo se pueden identificar e implementar estos Objetivos en la estrategia de una entidad sin ánimo de lucro como la Federación Española de Fibrosis Quística y sus asociaciones. Para ello, se ha apostado por utilizar la aplicación de metodologías participativas para la investigación-intervención social lideradas desde el Trabajo Social. Se han seguido los 5 pasos recomendados por la Red Española del Pacto Mundial y la Plataforma de ONG de Acción Social. Como resultado se han identificado las prioridades en las que se alinean los diferentes ODS y la estrategia de las entidades. Además, se ha explorado la posibilidad de ampliar estos, no solo a los proyectos derivados directamente de la misión de las entidades, sino también a su ecosistema.

Palabras clave: Trabajo Social, ODS, Tercer Sector de Acción Social, planificación estratégica, metodologías participativas.

Resum

L'agenda 2030 es considera el major acord internacional adoptat fins aleshores per a la sostenibilitat del Planeta. Estableix 17 Objectius de Desenvolupament Sostenible per assolir la prosperitat social, econòmica i ambiental. El present article exposa una experiència sobre com es poden identificar i implementar aquests Objectius en l'estratègia d'una entitat sense ànim de lucre com es la Federació Espanyola de Fibrosi Quística i les seves associacions. Amb aquesta finalitat, s'ha apostat per utilitzar l'aplicació de metodologies participatives d'investigació-intervenció social liderades pel Treball Social. S'han seguit els 5 passos recomanats per la Xarxa Espanyola per el Pacte Mundial i la Plataforma d'ONG d'Acció Social. Com a resultat s'han identificat les prioritats en les que s'alineen els diferents ODS i les estratègies de les entitats. A més, s'ha explorat la possibilitat d'ampliar-los, no només als projectes derivats directament de la missió de les entitats, sinó també al seu ecosistema.

Paraules clau: Treball Social, ODS, Tercer Sector d'Acció Social, planificació estratègica, metodologies participatives.

Abstract

The 2030 Agenda is considered the largest international agreement for the sustainability of the planet adopted to date. It establishes 17 Sustainable Development Goals to achieve social, economic and environmental prosperity. This article presents an experience of how these Goals can be identified and implemented in the strategy of a non-profit organization such as the Spanish Federation of Cystic Fibrosis and its associations. For this purpose, the application of participatory methodologies for social research-intervention led by social work has been used. The 5 steps recommended by the Spanish Network of the Global Compact and the NGO Platform for Social Action have been followed. As a result, the priorities in which the different SDGs and the strategy of the entities were aligned were identified. In addition, we have explored the possibility of extending these, not only to projects derived directly from the mission of the entities, but also to their ecosystem.

Keywords: Social Work, SDGs, Third Sector of Social Action, strategic planning, participatory methodologies.

Esteban Romani, L. y Vázquez Gómez, L. (2023). Objetivos de Desarrollo Sostenible y Acción Social. Una experiencia de incorporación de ODS en la planificación estratégica de una entidad sin ánimo de lucro. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 7-13. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40282>

ACEPTADO: 09/09/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valencia.

² COCEMFE - Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

✉ Laura Esteban Romani.
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Avenida de Tarongers, 4b, 1.
C.P. 46071. Valencia, España.
laura.esteban@uv.es

1. Introducción.

Las organizaciones sin ánimo de lucro en el ámbito de la discapacidad actúan, principalmente, como agentes sociales en la protección y defensa de los derechos e intereses de los colectivos a los que representan y en el acompañamiento de vivir con una enfermedad crónica (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018). En concreto, las entidades de pacientes y familiares tienen una gran influencia a la hora de difundir información tanto a la sociedad general como a pacientes y familiares, desplegar nuevas líneas de investigación y presionar a las autoridades públicas sanitarias para que destinen recursos a la mejora de la situación de este colectivo (Arantón, 2009).

Según el último informe del Tercer Sector de Acción Social (en adelante TSAS), en España, la atención sociosanitaria ocupa el segundo lugar como ámbito de actividad al que más se dedican estas organizaciones (24,5%), en comparación con el ámbito de la acción social, que ocupa el primer lugar con un 40,5%, y el de la integración e inserción con un 9,6% en tercer puesto (Plataforma de ONG de Acción Social, 2021). Las entidades del TSAS se conforman como un pilar fundamental en la provisión del bienestar ampliando la cobertura del resto de sistemas (Chaves y Monzón, 2020). Estas entidades no son ajenas a la sociedad cambiante en la que estamos inmersos y tienen por delante importantes retos para poder hacer frente a estos cambios. El punto de confluencia de los retos que plantea la literatura es la sostenibilidad: sostenibilidad en todos los ámbitos, señalando especialmente el financiero, ambiental y social (Cabra de Luna, 2016; Fantova, 2015; Navarro y Gabaldón, 2017; Plataforma de ONG de Acción Social, 2020). El abordaje de estas cuestiones se puede contemplar desde una perspectiva local, pero sin perder de vista el contexto holístico de la sostenibilidad (García-Berlanga et al., 2020). Una herramienta para estos retos va a ser la Agenda 2030, considerada el mayor acuerdo internacional para la sostenibilidad del planeta adoptado hasta la fecha por las Naciones Unidas y sus Estados miembros. Este acuerdo se centra en un plan de acción para alcanzar y mantener la prosperidad social, económica y ambiental sin “dejar a nadie atrás” (Aparicio et al., 2021; Botella, 2022; Cuadrado, 2021).

La Agenda 2030 propone 17 objetivos con 169 metas de carácter universal, cuyo periodo de aplicación se extenderá hasta el año 2030, y en los que se establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad considerando, en un enfoque holístico, todas las dimensiones del Desarrollo Sostenible (ONU, 2015).

Las entidades sociales, al igual que otras instituciones, participaron ampliamente en las consultas previas a la firma de la Agenda 2030. Por tanto, como afirma Botella (2022), es fundamental que todas las organizaciones participen activamente en su consecución.

En este sentido, para alcanzar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible¹ (en adelante ODS), Cuadrado (2021) puntualiza que el Tercer Sector de Acción Social se conforma como un ámbito vital y complementario en los esfuerzos de todos los/las agentes participantes en su consecución dado su importante papel como catalizador y sensibilizador en la sociedad. Tal y como reflexiona Fantova (2018), las esferas en las que se puede dividir la soci-

edad -mercado, Estado, Tercer Sector y redes primarias- se pueden considerar como diferentes tipos de agentes para dar respuesta a las necesidades de las personas en la sociedad. El Tercer Sector y, en concreto, el Tercer Sector de Acción Social se erigen como la esfera que trabaja directamente con la sostenibilidad humana; una de las dimensiones clave de la Agenda 2030.

Así, las diferentes organizaciones de la sociedad española, dedicadas al ámbito social, ambiental y empresarial, pueden contribuir de manera efectiva al logro de los ODS y sus metas mediante sus actividades o servicios, procesos organizacionales y proyectos.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Silva y Bucheli (2019) sugieren que las organizaciones sociales pueden crear beneficios para el entorno en el que actúan cuando refuerzan la implementación de los ODS en sus acciones. Los resultados también muestran la importancia y el impacto positivo de dicha implementación, ya que aseguran la sostenibilidad de sus actividades e intervenciones mediante la aplicación de tareas sencillas (por ejemplo, el reciclaje dentro de la entidad, la promoción del trabajo decente y el fomento de la participación de género, entre otras) que inciden en el logro de las metas de algunos ODS.

Por tanto, Silva y Bucheli (2019) sostienen que la implementación de los ODS en las organizaciones del Tercer Sector supone una oportunidad para desarrollar a largo plazo su papel como agentes de justicia, equidad y responsabilidad social, ya que sus actividades contribuyen a disminuir la desigualdad y a intentar cubrir las necesidades insatisfechas de los grupos a los que atienden. Así, el cumplimiento de los ODS en las organizaciones sociales puede apreciarse como un paso más hacia la reafirmación del desarrollo sostenible como principio político, social y económico. Sin embargo, no podemos obviar el trabajo de Cuadrado (2021) en el que, en su investigación sobre la contribución de las organizaciones del Tercer Sector en España al cumplimiento de la Agenda 2030, sostiene que estas se siguen concentrando en aspectos relacionados con la salud, la educación y la economía, es decir; se enfocan especialmente en sus líneas concretas de actuación y adolecen de un trabajo más intersectorial e interdisciplinario.

Actualmente, cabe destacar que el papel asignado a las entidades con la implementación de los ODS supone un nuevo desafío para el desarrollo organizacional, enfatizando en un compromiso real para realizar actividades que busquen un equilibrio entre los ámbitos económico, social y medioambiental (Camarán et al., 2019).

Esto se refleja en la Agenda 2030 al destacar la importancia de una cultura centrada en el desarrollo sostenible que permita a la sociedad poder afrontar los cambios continuos que se van dando a nivel social, económico y ambiental (Aparicio et al., 2021). Todo ello favorecerá una transformación social real y cada vez más ambiciosa orientada a la consecución de la Agenda 2030.

En este sentido, el aprendizaje continuo es concebido como una premisa necesaria para asegurar el éxito en la misión de las organizaciones y en el manejo del mencionado reto. Tal y como especifica Gimeno (2015), en un entorno cada vez más competitivo, las personas profesionales en constante formación tendrán una mayor ca-

pacidad de dar una respuesta adecuada a nuevos y cada vez más complejos desafíos.

Sin embargo, no debemos centrar el aprendizaje continuo solo en los equipos técnicos, sino que se debe pensar en la formación desde una perspectiva más amplia (Martínez, 2018). En este caso, todas las personas que integran la organización deben poder formarse y compartir todo lo aprendido con otras personas y/o entidades. Esta transferencia de conocimiento es una oportunidad y también un requisito que permite hacer frente a los retos de la implementación de los ODS (Aparicio et al., 2021). Cabe tener en cuenta que la implementación de los ODS implica cambios en el desarrollo organizacional de la entidad que van a permitir favorecer el cambio, el desarrollo y la cohesión social (Rodríguez, 2019). En otras palabras, la focalización debe estar en la planificación estratégica para optimizar servicios y recursos, mejorar los rasgos competitivos, adecuarse a las nuevas demandas, responder a las mismas con el menor número de recursos posible y, por tanto, aumentar la sostenibilidad (económica, social y ambiental) de los proyectos (Gimeno, 2015). La planificación se puede definir como una técnica que permite la organización en la consecución de un objetivo determinado. Además, González (2020) indica que el adjetivo estratégico persigue la modificación del propósito y del procedimiento organizacional relativo a la planificación tradicional.

La Red Española del Pacto Mundial y Plataforma de ONG de Acción Social (2019), sugiere que las organizaciones sociales que lo deseen pueden llevar a cabo 5 pasos para alinear sus estrategias con la Agenda 2030 e implementar los ODS en sus actividades:

1. Entender los ODS. Conocerlos, comprometerse para su integración dentro de la organización y concienciar a toda la sociedad del alcance de la Agenda 2030.
2. Definir prioridades. Determinar el impacto de la entidad en cada ODS porque, aunque son transversales, hay que evaluar cuáles están más alineados con las actividades de la entidad. Después, identificar indicadores y recopilar datos para que se pueda comprobar la contribución a los ODS a largo plazo.
3. Establecer objetivos específicos y con duración determinada para fomentar el impulso en la consecución a los ODS y difundirlos públicamente.
4. Integrar los ODS en la gestión de la entidad y participar en alianzas que faciliten su consecución.
5. Comunicar el progreso en la contribución de los ODS para trasladar el mensaje de la Agenda 2030 a toda la sociedad.

Otros de los factores clave del éxito para una incorporación de ODS en la estrategia de la entidad van a estar centrados en la existencia de una cultura organizativa que comprenda, facilite, motive y apoye todo el proceso (Silva y Bucheli, 2019; Red Española del Pacto Mundial y Plataforma de ONG de Acción Social, 2019). La cultura organizativa de una entidad va a depender en gran medida del estilo de liderazgo que posea. El estilo de liderazgo es el que crea y da forma al contexto en el que se van a desarrollar los procesos de las entidades (Potočnik & Chau-

dhry, 2020). Williams-Gray (2016), profesora investigadora del departamento de Trabajo Social de Lehman College, concluye en uno de sus estudios sobre gestión y organizaciones sin ánimo de lucro que los liderazgos implicados y colaborativos con las personas trabajadoras aumentan la capacidad organizativa y el éxito de los procesos de cambio de las entidades.

La Federación Española de Fibrosis Quística (en adelante FEFQ) está formada por 15 asociaciones de diferentes comunidades autónomas, y tiene como misión agrupar a estas asociaciones para juntas luchar por mejorar la calidad de vida de las personas con Fibrosis Quística y sus familias (Federación Española de Fibrosis Quística, 2022). Uno de sus ejes estratégicos planteados ha sido incorporar la Agenda 2030 en su actuación para atender a todo lo expuesto anteriormente. El diseño de este eje viene derivado por las demandas de las asociaciones que conforman la entidad. Una de las principales demandas está relacionada con el aprendizaje en la aplicación de los ODS para poder introducir tareas que ayuden a su cumplimiento. Este trabajo expone una investigación participativa que se ha desarrollado desde el departamento de proyectos y transformación social de la FEFQ para introducir e identificar los ODS en la planificación estratégica de la entidad y sus asociaciones miembro.

Para ello, se marcaron dos objetivos clave que guían todo el trabajo:

1. Emerger la conciencia de la necesidad de incorporar la Agenda 2030 a la estrategia de la FEFQ y sus asociaciones miembro.
2. Capacitar a los equipos técnicos y juntas directivas para poder vincular los ODS con la misión y estrategia de las entidades.

De estos objetivos clave se desprenden los siguientes objetivos específicos que ayudarán a evaluar el cumplimiento de la finalidad del trabajo:

- Definir qué proyectos y acciones alineadas con los ODS se ejecutan y/o podrían ejecutar en el colectivo asociativo de Fibrosis Quística.
- Diseñar el despliegue de la estrategia de implantación de los ODS.

2. Metodología.

La iniciativa de este proyecto surge y se lidera desde la práctica profesional del Trabajo Social y, con el fin de atender a los objetivos definidos, se plantea una metodología de carácter participativo. Las propias entidades que participan en la misma asumen los roles de objeto de estudio y sujeto de cambio, abrazando así una metodología de acción participativa. Estas metodologías son muy útiles en este tipo de intervenciones ya que, rompiendo con la perspectiva tradicional, reconocen que las personas participantes conocen, interpretan y transforman su propia realidad mediante sus experiencias y saberes. De esta forma, los resultados que se obtienen contribuyen a mejorar y/o modificar sus propias estrategias o soluciones (Lora y Rocha, 2016). Como afirma Abarca (2016), esto permite crear espacios beneficiosos y con un gran significado para las personas participantes y para el colectivo en general. Por tanto, la metodología de acción participa-

¹ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

tiva proporciona herramientas que promueven el aprendizaje social mediante la aportación colectiva de conocimientos, así como el cambio y el progreso social, utilizando la autoayuda, el empoderamiento de las personas participantes y la creación de valor social (Lora y Rocha, 2016).

El proyecto se desarrolla en varias fases:

Fase 1: Composición de Grupo Motor.

El Grupo Motor está compuesto por personas provenientes de las juntas directivas y equipos técnicos de las asociaciones de Fibrosis Quística y la FEFQ. Para la selección de este Grupo se establecen tres requisitos que se describen a continuación:

1. Un número aproximado de entre 7 y 15 personas. Este número viene definido por diferentes fuentes bibliográficas (George y Trujillo, 2018). Si bien es cierto que estas fuentes permiten hasta 30 personas, se reduce el máximo a 15 debido a la dispersión geográfica que van a tener sus integrantes y a la necesidad de utilizar la videoconferencia como escenario de encuentros.
2. Ostentar un puesto de responsabilidad y/o relevancia con respecto a los proyectos sociales y/o planificación estratégica de la entidad.
3. Manifestar voluntad de participación.

Una vez realizada la selección atendiendo a los requisitos expuestos, el Grupo Motor queda compuesto por 9 personas con las siguientes características:

- 6 trabajadoras sociales con una proporción de 5 mujeres y 1 hombre.
- 3 miembros de junta directiva con una proporción de 1 mujer y 2 hombres.

Fase 2: Capacitación.

Se realiza un taller de capacitación en el que se explican los ODS y se enseñan las bases para poder establecer los vínculos entre la Agenda 2030, el plan estratégico de la entidad y la gestión del conocimiento de este. En el taller se utiliza una metodología basada tanto en la lección magistral como en el aprendizaje colaborativo.

Fase 3: Definición de prioridades y vinculación.

Se diseña una hoja de ruta, tal y como se detalla en la figura 1, siguiendo los pasos recomendados por la Red Española del Pacto Mundial y la Plataforma de ONG de Acción Social (2019) para la incorporación de los ODS en los proyectos y estrategias de entidades del Tercer Sector.

El plan de acción derivado de la hoja de ruta, además, debía cubrir 3 elementos transversales, tal y como recomiendan Cordobés et al. (2018):

Personas: cómo motivarlas y realinear la cultura organizativa a favor de la gestión y transferencia de conocimiento.

Procedimientos: de los que ya se dispone y se detectan que se valoran como idóneos para utilizarlos.

Tecnología: valorar cómo se desarrollará la infraestructura tecnológica para la implementación.

Durante los pasos 2, 3 y 4 indicados en la figura 1, el Grupo Motor utiliza técnicas de dinamización de grupos de trabajo y de consenso, tal y como aconsejan Caballero et al. (2019).

Fase 4: Implantación y difusión de resultados.

Una vez generado y calendarizado el plan de acción de incorporación de los ODS, se presenta a las asociaciones de Fibrosis Quística y desde la FEFQ se ofrece asesoramiento y acompañamiento para su despliegue. En esta fase, la divulgación, la información y el acompañamiento a los diferentes grupos de interés se puede considerar como un ejercicio que aporta valor añadido a la entidad, ya que imprime valores de transparencia y ética (Magu-regui et al., 2019).

3. Resultados y proceso de Investigación Participativa.

Se ha seguido el proceso que se detalla a continuación con los siguientes resultados.

Fase 1: Descripción de Grupo Motor y vinculación.

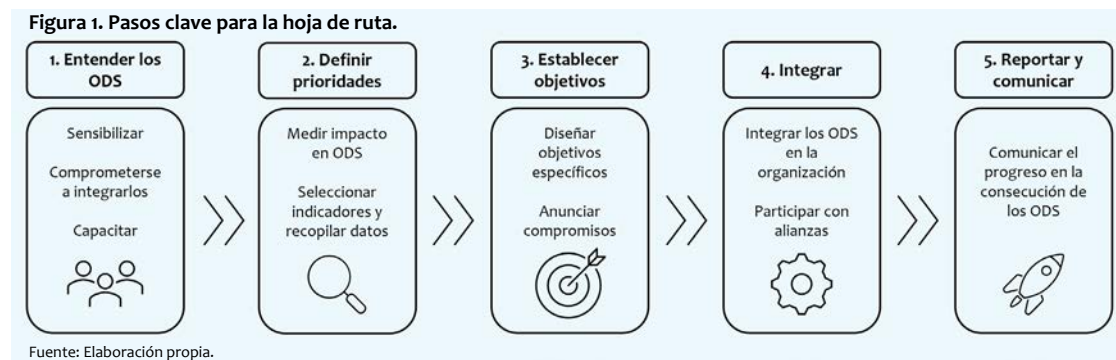
El Grupo Motor, que cumplía los requisitos planteados, finalmente estuvo compuesto por 9 personas de diferentes asociaciones pertenecientes a la FEFQ.

Fase 2 y 3: Capacitación, definición de prioridades y diseño.

Se desarrollaron 2 talleres participativos de capacitación y definición de prioridades. El formato fue virtual debido a la dispersión de las entidades y personas participantes. En los talleres se trabajan los siguientes aspectos:

Taller 1: Aprendizaje-conocimiento y definición de prioridades.

- Aprendizaje y conocimiento.
- La primera parte, con el objeto de incorporar aprendizajes y generar conocimientos, se centró en comprender los ODS por parte de las entidades.



Fuente: Elaboración propia.

La comprensión es el primer paso para permitir su alineación con la estrategia y que todas las personas que forman la organización se comprometan a la inclusión de los ODS en la gestión organizacional. Las entidades sociales están muy ligadas a la sociedad, por lo que poseen un gran papel de sensibilización del mensaje de la Agenda 2030 que debe darse desde el inicio.

Gestionar y trabajar desde el aprendizaje y no desde la simple eficiencia es un aspecto que se ha destacado como clave. Tal y como vemos en la figura 2, este cambio de modo de gestión se acerca más a la gestión con calidad y a los ODS, ya que contempla aspectos transversales y un estilo de comunicación bidireccional.

- Definición de prioridades.

Se plantea necesario mapear el impacto de los ODS que tienen mayor relevancia y potencialidad en las actividades de las entidades para asegurar su contribución, ya que no todos los ODS tienen el mismo impacto en cada organización.

Tras varias sesiones en las que se revisa la estrategia de cada entidad, tanto la presente como la proyectiva, se establece un consenso en el que se seleccionan tres ejes comunes detectados como prioritarios en todo el movimiento asociativo. Es en estos ejes y en su despliegue en los que se ha priorizado la aplicación de la Agenda 2030.

Eje de sostenibilidad financiera:

Proyectos destinados a mantener la sostenibilidad financiera de las entidades de manera eficaz y eficiente, diversificando fuentes de financiación.

Eje de recursos humanos/sostenibilidad social:

Proyectos de formación continua para los equipos técnicos de las entidades.
Proyectos de mejora de las condiciones laborales de las personas trabajadoras de las entidades.
Proyectos de apoyo educativo a niños/as y jóvenes con FQ.
Proyectos de mejora de la calidad de vida del colectivo y disminución de las desigualdades sociales existentes.

Eje de sostenibilidad medioambiental:

Proyectos de reciclaje y protección del medio ambiente.

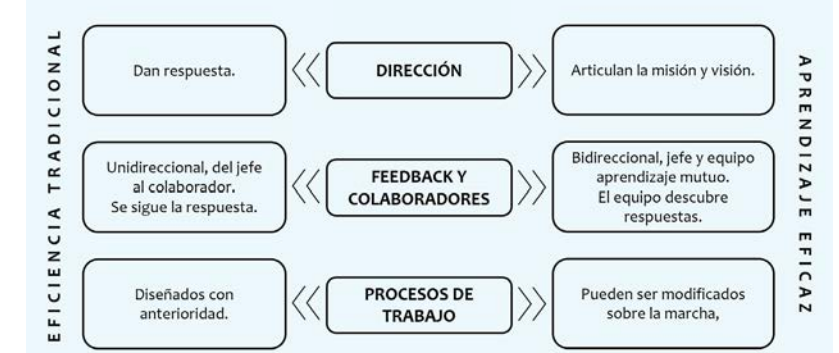
Taller 2: Vinculación de ODS a las estrategias.

En esta sesión se trabaja la vinculación y la aplicación práctica de los ODS en la organización tanto a nivel externo (acciones para mejorar la calidad de vida del colectivo de personas con FQ) como a nivel interno (procesos organizacionales y de gestión).

El ODS 3 Salud y Bienestar está directamente relacionado con la Misión de la FEFQ y sus asociaciones de luchar por mejorar la calidad de vida de las personas con FQ y sus familias. En el concepto calidad de vida la dimensión salud es prioritaria. El ODS 3 propone objetivos y metas como la 3.4 y la 3.8 que plantean disminuir la mortalidad prematura por enfermedades y garantizar la cobertura sanitaria universal, en particular el acceso a los servicios sanitarios.

El ODS 5 Igualdad de género plantea metas como la 5.1, 5.2 y 5.4, que aspiran a acabar con la discriminación por género, eliminar la violencia de género, reconocer el tra-

Figura 2. Diferencias desde la ejecución desde la eficiencia y desde el aprendizaje.



Fuente: Elaboración propia a partir de Cordobés et al. (2018).

bajo doméstico y de cuidados no remunerados, así como garantizar la participación plena y efectiva de mujeres en la toma de decisiones.

Como se observa en la figura 3, estos dos ODS son un ejemplo del resultado del proceso de vinculación entre la estrategia de la FEFQ y sus asociaciones y los ODS y sus metas. La vinculación ha priorizado líneas estratégicas y ha planteado proyectos y acciones, tanto en curso como de nueva creación, para el despliegue.

Figura 3. Vinculación de los ODS 3 y 5 en la estrategia de la FEFQ.

| | Línea estratégica que aplica | Acciones |
|----------------------|--|--|
| 3 SALUD Y BIENESTAR | Reivindicación por la mejora de la atención socio sanitaria pública y gratuita | Reivindicaciones: · Acceso a nuevos medicamentos en sistema público. · Mejora de unidades de referencia de FQ. |
| | Gestión del conocimiento de temas de interés socio sanitario para el colectivo | · Manuales, jornadas, congresos. · Investigaciones salud mental. |
| 5 IGUALDAD DE GÉNERO | Igualdad y no discriminación | · Plan de Igualdad para asoc. FQ. · Protocolo frente al acoso. · Lenguaje inclusivo en comunicaciones. · Guía FQ: "Cuidame bien para cuidar mejor". |
| | Recursos humanos | · Plan de personal: medidas de conciliación e igualdad retribuida. |

Fuente: Elaboración propia.

En este ejercicio se asume que las entidades se deben a su misión, pero también que se puede contribuir a muchos más aspectos que están interrelacionados en la sociedad y que plantea la Agenda 2030 dado su carácter universal.

El ODS 1 define metas relacionadas con eliminar la pobreza extrema entre las personas trabajadoras y aplicar medidas de proyección adecuadas (metas 1.1 y 1.3). El ODS 12 señala la necesidad de conseguir una gestión sostenible, animar a las empresas a adoptar prácticas sostenibles, favorecer la información sobre estos temas y aplicar herramientas para medir impactos (metas 12.2, 12.6, 12.8, 12.b). La FEFQ no tiene definido en su misión ninguno de estos propósitos, pero en la siguiente figura 4 se puede ver el ejercicio de vinculación entre el planteamiento de los ODS 1 y 12 y la estrategia de la entidad, así como la propuesta de acciones que contribuyen a cumplir estos objetivos y que se puedan llevar a cabo desde las entidades.

Figura 4. Vinculación de los ODS 1 y 12 a proyectos de la FEFQ y sus asociaciones.



Fuente: Elaboración propia.

Fase 4: Implantación y difusión.

En esta fase, se socializa la vinculación resultante entre los ODS y la estrategia de la entidad para la implantación. Cada entidad elabora sus propios planes para implantar los proyectos vinculados con los ODS de la fase anterior. Y se articula un proceso en el que se planifican sesiones comunes cada 6 meses en el que las entidades puedan intercambiar un seguimiento de la evolución de sus acciones y buenas prácticas.

Se da especial relevancia a planificar la comunicación a los Grupos de Interés el progreso en los ODS para transmitir la importancia de la Agenda 2030 a la sociedad.

Una vez finalizada la experiencia, se pasa a un cuestionario de satisfacción a las personas participantes y se evalúa la satisfacción en cuanto a la metodología y al resultado. En el 95% de los casos hay una satisfacción elevada en ambos aspectos, destacando el ejercicio previo de comprensión y concienciación, y la implicación del liderazgo de las entidades como clave del proceso.

4. Conclusiones.

La incorporación de los ODS en las entidades del TSAS es una cuestión necesaria.

Es importante que las asociaciones implementen los ODS en sus procesos organizacionales, ya que el número de entidades que trabajan en el área sociosanitaria tiene un gran peso en la actualidad. En este trabajo, los ODS incorporados versan en cuestiones relacionadas con la misión de la entidad y sus asociaciones miembro, pero también con el ecosistema en el que se desarrollan. Esta intervención de análisis ha servido para tomar conciencia de la necesidad de incorporar acciones no solo vinculadas con la misión de las entidades, sino con aspectos más transversales que influyan en el ecosistema y que contribuyan a una sociedad más sostenible en todos sus ámbitos.

Este trabajo ha pretendido exponer una metodología de acción participativa que pueda sentar las bases y servir de inspiración para que otras entidades con características similares puedan desarrollar sus procesos de incorporación de los ODS de manera exitosa.

Durante todo el desarrollo del trabajo se ha podido comprobar que hay tres elementos clave que pueden ser predictores de éxito: las personas, los aprendizajes y la calidad-tecnología.

1) Las personas: durante las sesiones de capacitación, el liderazgo comprometido y motivador ha sido fundamental, en consonancia con el marco teórico. Actitudes relacionadas con compartir, innovar y motivar son básicas para introducir desafíos a la tradición.

2) Aprendizajes: Un proceso de gestión del conocimiento como metodología para introducir aprendizajes será un elemento facilitador tanto en las fases previas de capacitación y concienciación como en las fases finales de aplicación.

3) Calidad y tecnología: El que la entidad disponga de un sistema de gestión de calidad que permita que sistemas y procesos posibiliten los recursos necesarios para llevar a cabo la implantación también será un factor predictor de éxito, sin olvidar la existencia de herramientas tecnológicas que soporten todos los procesos necesarios.

Al terminar este proceso todavía no se ha podido evaluar el recorrido del despliegue de la implantación y su repercusión, por lo que posteriores trabajos deberían abrir líneas relacionadas con la evaluación y el impacto que ha producido, tanto en la estrategia de la entidad como en su ecosistema, la incorporación de los ODS a medio-largo plazo.

Una de las limitaciones que ha tenido este trabajo ha sido la poca literatura académica publicada con experiencias al respecto del tema. Posteriores trabajos podrían abrir líneas de investigación que recogieran cómo está siendo la incorporación de los ODS en las planificaciones estratégicas de las entidades del Tercer Sector de Acción Social de todos los tamaños y ámbitos, qué dificultades y qué facilitadores están encontrando y cómo está siendo su impacto.

5. Bibliografía.

- Abarca, F. (2016). La metodología participativa para la intervención social: reflexiones desde la práctica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 11(1), 87-109. <https://doi.org/10.15359/rep.11-1.5>
- Aparicio, L., Bohorques, L., De Paredes, C., Escamilla C., Giménez, E., y Quilez, J. M. (2021). Los ODS como instrumento de aprendizaje: una experiencia multidisciplinar en los estudios universitarios. *Revista Educación y derecho*, 1 (extraordinario), 307-332. <https://doi.org/10.1344/REYD2021.1EXT.37706>
- Arantón, L. (2009). Asociaciones de pacientes: segunda parte. *Revista Enfermería Dermatológica*, 7, 36-38.
- Botella, M. (2022). *Metodología de intervención para trabajar ODS: educación a través de las artes* (Tesis doctoral). Universitat de València.
- Caballero, J., Martín, G. y Villasante, T. (2019) Debatiendo las metodologías participativas: un proceso en ocho saltos. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 44, 21-45. <https://doi.org/10.5944/empiria.44.2019.25350>
- Cabra de Luna, M.Á. (2016). Realidad del Tercer Sector en España y crisis del Estado de Bienestar: retos y tendencias. *EHQUIDAD. Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, 1, 115-134. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2014.0005>

- Camarán, M.L., Barón, L. y Rueda, M.P. (2019). La Responsabilidad Social Empresarial y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). *Revista Teorías, enfoques y aplicaciones en las Ciencias Sociales*, 24, 41-52. <https://revistas.uclave.org/index.php/teacs/article/view/2206>
- Chaves, R. y Monzón, J.L. (2020). *Libro blanco de la economía social y del tercer sector de la Comunitat Valenciana*. Cirioc-España. <https://doi.org/10.15446/innovar.v30n75.83258>
- Cordobés, M., Carreras, I. y Sureda, M. (2018). *ONG del conocimiento: influir para el impacto social*. ESADE, Universidad de Ramón Llull, Instituto de innovación social.
- Cuadrado, P.A. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: un análisis desde el Tercer Sector en España. *Observatorio Medioambiental*, 24, 89-109. <https://doi.org/10.5209/obmd.79516>
- Fantova, F. (2015). Innovación social y tercer sector de acción social. En: Cabrero, G. *Análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del Tercer Sector de Acción Social. Parte II: Los retos del Tercer Sector de Acción Social* (pp. 155-178). Plataforma de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social.
- Fantova, F. (2018). Colaboración y alianzas multiagente en las estrategias del Tercer Sector de Acción Social. *Revista Española del Tercer Sector*, 38, 135-162.
- Federación Española de Fibrosis Quística (26 de julio de 2022). *Qué es la Federación*. <https://fibrosisquistica.org/federacion-espanola-de-fibrosis-quistica/>
- García-Berlanga, O.M., Desfilis, T.P., Martínez, A.R.E. y Peña, A.V. (2020). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): escenario actual. *Objectius de desenvolupament sostenible en el territori valencià*, 25-40.
- George, C. y Trujillo, L. (2018). Aplicación del Método Delphi Modificado para la validación de un cuestionario de incorporación en las TIC de la práctica docente. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 11(1), 113-135. <https://doi.org/10.15366/riee2018.11.1.007>
- Gimeno, J.A. (2015). Necesidad y necesidades del Tercer Sector. *Revista Española del Tercer Sector*, 30, 49-74.
- González, J.J. (2020). La planificación estratégica imperativa como instrumento para la consecución de ciudades sostenibles. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 93(2), 444-469. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/issue/view/3569>
- Lora, P. y Rocha, D. (2016). Promoción de la innovación social a través de la utilización de metodologías participativas en la gestión del conocimiento. *Equidad y Desarrollo*, 1 (25), 159-178. <https://doi.org/10.19052/ed.3513>
- Maguregui, M. L., Corral, J. y Elechiguerra, C. (2019). La identificación de los grupos de interés de las entidades sin fines de lucro en la emisión de información transparente. *REVESCO: Revista de Estudios Cooperativos*, 131, 65-85. <https://doi.org/10.5209/REVE.62814>
- Martínez, M. (2018). La "Ciudad Educadora" como propuesta pedagógica para avanzar en el logro de los ODS. *XXXVII Seminario Interuniversitario de Teoría*

de la Educación (SITE). La Laguna.

- Navarro, J.J. y Gabaldón, D. (2017). Tercer Sector: de invitado a imprescindible en la gestión del bienestar. *Opción. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 33(82), 417-449. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/issue/view/2596>
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2018). *La sostenibilidad del Tercer Sector de la discapacidad: alternativas de financiación de los apoyos, servicios y estructuras*. Madrid: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Plataforma de ONG de Acción Social. (2020). *El Tercer Sector en España. Nuevos horizontes para un nuevo contexto sociopolítico*. https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1583424466_informe-poas-completo.pdf
- Plataforma de ONG de Acción Social (2021). *El Tercer Sector de Acción Social en España 2021: respuesta y resiliencia durante la pandemia*. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social.
- Potočnik, K. & Chaudhry, S. (2020). A mixed-methods study of CEO transformational leadership and firm performance. *European Management Journal*, 38(6), 836-845. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2020.05.004>
- Red Española del Pacto Mundial y Plataforma de ONG de Acción Social (2019). *Las ONG ante los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Propuesta de acción del Pacto Mundial*. Edamel.
- Rodríguez, A. (2019). Metodología de intervención del Trabajo Social en los ODS y la Responsabilidad Social. *II Congreso Nacional y I Internacional de Trabajo Social en Ejercicio Libre ATSEL* (112-131). ATSEL.
- Silva, A.M. y Bucheli, M. (2019). Aportes de las Organizaciones de la Economía Social y Solidaria – OESS – a los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS: un estudio de 6 Organizaciones rurales en Colombia. *UN: Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy*, 1-16. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31342.23369>
- Williams-Gray, B. (2016). Building capacity in nonprofit human service agencies through organizational assessment during the accreditation process. *Journal of Nonprofit Education and Leadership*, 6(12), 99-114. <https://doi.org/10.18666/JNEL-2016-V6-12-6499>



Discriminación, violencia y exclusión social: una aproximación a la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial.

Discriminació, violència i exclusió social: una aproximació a la realitat de les persones en situació de sense-llarisme i exclusió residencial.

Discrimination, violence, and social exclusion: an approach to the reality of people in a situation of homelessness and residential exclusion.

Iria Noa de la Fuente-Roldán¹, Esteban Sánchez-Moreno²

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el alcance y experiencias de discriminación y violencia en la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial en función de diferentes ejes de desigualdad (género, edad, origen y situación residencial). La investigación parte de un diseño metodológico mixto mediante el uso de la encuesta a través de cuestionario y la entrevista en profundidad semiestructurada. Por un lado, el cuestionario ha sido administrado a una muestra de 641 personas en situación “sin hogar”. Por otro lado, 18 personas en situación de sinhogarismo han participado en las entrevistas. Los resultados muestran que casi la mitad de las personas participantes se han sentido discriminadas y/o han experimentado experiencias de victimización a causa de encontrarse en situación de sinhogarismo y exclusión residencial. Estos resultados permiten confirmar el elevado riesgo de sufrir aporofobia y violencia por parte de las personas participantes. Asimismo, se concluye que existen realidades y experiencias concretas dentro del sinhogarismo y la exclusión residencial que generan una mayor vulnerabilidad y riesgo de sufrir violencia y discriminación, como es el caso de las mujeres y de las personas afectadas por el sinhogarismo en sentido estricto o literal (vida en la calle o en los centros específicos de atención).

Palabras clave: aporofobia, exclusión residencial, sinhogarismo, victimización, violencia.

Resum

El present treball té l'objectiu d'analitzar l'abast i les experiències de discriminació i violència en la realitat de les persones en situació de sense-llarisme i exclusió residencial en funció de diferents eixos de desigualtat (gènere, edat, origen i situació residencial). La recerca parteix d'un disseny metodològic mixt mitjançant la utilització de la enquesta a través de qüestionari i de la entrevista semiestructurada en profunditat. D'una banda, el qüestionari ha estat administrat a una mostra de 641 persones en situació de “sense llar”. I d'altra banda, 18 persones en situació de sense-llarisme han participat en les entrevistes. Els resultats mostren que quasi la meitat de les persones participants s'han sentit discriminades i/o han experimentat experiències de victimització per la seva situació de sense-llarisme i exclusió residencial. Aquests resultats permeten confirmar l'alt risc de les persones participants de patir aporofòbia i violència. També, es conclou la existència de realitat i experiències concretes en el sense-llarisme i l'exclusió residencial que generen major vulnerabilitat i risc de patir violència i discriminació, com és el cas de les dones i de les persones afectades pel sense-llarisme en sentit estricte o literal (vida al carrer o en els centres específics d'atenció).

Paraules clau: aporofòbia, exclusió residencial, sense-llarisme, victimització, violència.

Abstract

The aim of this study is to analyse the extent and experiences of discrimination and violence in the reality of homelessness and residential exclusion, considering different inequality dimensions (gender, origin, age, and residential situation). The research is based on a mixed methodological design using a questionnaire survey and a semi-structured in-depth interview. On the one hand, the questionnaire was administered to a sample of 641 homeless people. On the other hand, 18 homeless people have participated in the interviews. The results show that almost half of the participants felt discriminated against and/or experienced victimisation due to homelessness and residential exclusion. These results confirm the high risk of aporophobia and violence among the participants. It is also concluded that there are specific realities and experiences within homelessness and residential exclusion that generate a greater vulnerability and risk of suffering violence and discrimination, as is the case of women and people affected by homelessness in the strict or literal sense (life on the street or in specific care centres).

Keywords: aporophobia, residential exclusion, homelessness, victimization, violence.

De la Fuente-Roldán, I.N. y Sánchez-Moreno, E. (2023). Discriminación, violencia y exclusión social: una aproximación a la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 14-22. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40360>

ACEPTADO: 05/10/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Doctora en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.

² Doctor en Sociología. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo (IUDC-UCM) y Departamento de Sociología: Metodología y Teoría. Universidad Complutense de Madrid.

✉ Iria Noa de la Fuente-Roldán. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. i.delafuente@ucm.es

1. Introducción.

Las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial (en adelante, PsSH) ilustran una de las formas más extremas que la exclusión social adquiere (Rivas-Rivero et al., 2021). Los trabajos publicados sobre sinhogarismo inciden de manera especialmente relevante en dos aspectos. Por un lado, en la descripción de las características de las PsSH y su evolución en el tiempo (Casey et al., 2018). Por otro lado, en el abordaje de los factores que contribuyen a que la realidad “sin hogar” aparezca en base al análisis de diferentes dimensiones, entre las que destacan, como señala Sánchez Morales (2010) las convivenciales, familiares, relacionales, asistenciales, personales, económicas y laborales.

De manera más reciente, han cobrado especial vigor los estudios que analizan las consecuencias de las condiciones en las que (sobre)viven las PsSH. En esta línea, diversos trabajos se han aproximado al impacto del sinhogarismo (SH) y la exclusión residencial (ER) en la salud, el bienestar psicológico o la calidad de vida. Desde esta línea se constata el impacto que la realidad “sin hogar” tiene en las personas, que se enfrentan a una menor esperanza de vida que la población general (Gobierno de España, 2015), a un mayor riesgo de muerte (Hwang, 2000), a una mayor prevalencia de enfermedades (Johnston et al., 2019) y, en definitiva, a estar expuestas a todo tipo de riesgos. Así, dado el reconocimiento de la vulnerabilidad a la que se enfrentan las PsSH (Calvo et al., 2021; Meinbresse et al., 2014), en los últimos años ha cobrado relevancia el abordaje específico del impacto de la discriminación y la violencia que afecta a esta ciudadanía (Puente, 2020; Turner et al., 2018).

1.1. Aporofobia y violencia en PsSH.

La aporofobia hace referencia a una forma específica de discriminación que, como ha definido Cortina (2017), afecta a las personas pobres por el hecho de verse en una situación de pobreza. Siendo así, no resulta extraño que las PsSH constituyan uno de los grupos de población más afectados por esta realidad. De hecho, en España, alrededor de la mitad de las PsSH se han sentido discriminadas por estar en situación de SH y ER (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Además, desde el Observatorio de Delitos de Odio contra Personas sin Hogar (HATENTO) se apunta que casi la mitad de las PsSH han sido víctima de un episodio de violencia por encontrarse afectadas por el SH y la ER (RAIS Fundación, 2015). Concretamente, en España, el 51% de las PsSH afirman haber sido víctimas de algún tipo de delito o agresión desde que están en esta situación (Instituto Nacional de Estadística, 2012). De la misma forma, Calvo et al. (2021) hallaron que el 76.2 % de las PsSH participantes de su estudio habían sido víctimas de, al menos, un episodio de violencia en el último año. Muñoz et al. (2018) identificaron que el 55.1% de las personas que pernoctaban en la calle habían sido víctimas de una agresión desde que se encontraban afectadas por el SH. Estos trabajos, aunque con variaciones, constatan que la violencia es una realidad presente en la vida de esta ciudadanía, de manera que las PsSH se enfrentan a mayores experiencias de victimización que la población no afectada por los procesos de exclusión social (Nilsson et al., 2020; Truman, 2011). Asimismo, de los trabajos men-

cionados se deduce que las experiencias de victimización no son las mismas para todas las PsSH. En este sentido, las diferencias asociadas a la edad, el género, el origen o la situación residencial, y el impacto interseccional entre las mismas, adquieren una relevancia fundamental (Moshion & van Ours, 2021). Como consecuencia, destaca la importancia de la interseccionalidad como elemento clave del análisis de la realidad que afecta a las PsSH y a sus trayectorias de violencia y discriminación. Así, la interseccionalidad constituye una forma específica de abordar las desigualdades sociales, siendo razonable afirmar que la realidad de violencia de las personas está impulsada y condicionada por su posición en relación a una serie de ejes de desigualdad, entre los que destacan, como se mencionaba, el género, la edad, y el origen (Hancock, 2007), entre otros. Ante esta realidad diferenciada del impacto de la violencia y la discriminación en el SH y la ER se hace necesario el desarrollo de estudios que aborden no solo su alcance, sino también, sus dimensiones y aspectos específicos. En este sentido, el objetivo general de este trabajo ha sido analizar las experiencias de violencia y discriminación de las PsSH y su impacto en función de diferentes dimensiones. Un primer objetivo específico consistió en analizar el alcance de la violencia y la discriminación entre las PsSH participantes del estudio. Un segundo objetivo específico se centró en profundizar en los aspectos que caracterizan y definen dichas experiencias de violencia y discriminación. Para ello se han incorporado al análisis los diferentes ejes de desigualdad mencionados: edad, sexo, origen y situación residencial.

2. Metodología.

Para profundizar en las dimensiones, alcance y experiencias de discriminación y violencia de las PsSH se diseñó un estudio transversal, descriptivo y correlacional con un diseño metodológico mixto. Este carácter mixto se concretó en dos técnicas de investigación: la encuesta a través de cuestionario y la entrevista en profundidad de carácter semiestructurado.

2.1. Muestreo y participantes.

Tanto la muestra cuantitativa como cualitativa han partido de la definición de tres criterios de inclusión muestral:

- Definición operativa de sinhogarismo. En la línea de los planteamientos que diferencian entre el sinhogarismo en sentido estricto (*literally homelessness*) y el sinhogarismo en sentido amplio (*broadly homelessness*) (Eyrich-Garg et al., 2008), se ha hecho uso de la European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) (Edgar & Meert, 2005), que diferencia entre SH y ER, considerando sus 4 categorías conceptuales: sin techo (ETHOS 1), sin vivienda (ETHOS 2), vivienda insegura (ETHOS 3) y vivienda inadecuada (ETHOS 4).

- Sexo. Hombre / mujer.

- Origen: Extranjero / no extranjero.

Siguiendo un muestreo por conveniencia estableciéndose cuotas construidas en base a los criterios de inclusión muestral mencionados, la muestra cuantitativa ha estado formada por 641 PsSH residentes en la Comunidad de Madrid (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra cuantitativa.

| Variables sociodemográficas | | |
|-----------------------------|-----------------------|------|
| | | % |
| Sexo | Hombre | 64.9 |
| | Mujer | 35.1 |
| Edad | 35 o - | 28.0 |
| | 36-50 | 24.7 |
| | 51 o + | 47.3 |
| Nivel formativo | Primaria o inferior | 30.7 |
| | Secundaria o FP | 53.4 |
| | Universitarios | 15.8 |
| Origen | España | 37.9 |
| | Europa | 9.8 |
| | África | 21.8 |
| | Latinoamérica | 30.4 |
| Situación residencial | Sinhogarismo | 47.6 |
| | Exclusión residencial | 52.4 |
| Ingresos | Con ingresos | 54.0 |
| | Sin ingresos | 46.0 |
| Situación laboral | Empleado/a | 10.1 |
| | Desempleado/a | 65.0 |
| | Pensionista | 10.2 |
| | Estudiante | 9.3 |
| | NS/NC | 5.3 |

El muestreo cualitativo se ha guiado por criterios de representatividad socioestructural, siendo no probabilístico, intencional y teórico (Charmaz, 2006). De la combinación de los criterios de inclusión muestral antes mencionados, se diseñó la muestra de personas participantes. Se ha contado con la participación de 18 personas. La descripción de las personas participantes en las entrevistas se encuentra recogida en la tabla 2.

2.2. Variables y dimensiones.

El cuestionario se construyó ad hoc, incluyendo las siguientes variables:

- Discriminación y aporofobia percibida. Se preguntó a las PsSH si alguna vez se habían sentido discriminadas por estar en situación de SH o ER. Se incluyeron las si-

guientes opciones de respuesta: nunca; algunas veces; muchas veces; constantemente; no sabe / no contesta. Esta pregunta se encuentra recogida en la Encuesta sobre las Personas sin Hogar (INE-EPH-personas) del Instituto Nacional de Estadística (2012).

- Experiencias de violencia y aporofobia sufridas. Se preguntó a las PsSH si desde que se encuentran en situación de SH o ER, habían sido víctimas de algún delito, considerando las siguientes opciones de respuesta: no he sido víctima de ningún delito; he sido agredida físicamente; he sido víctima de un robo; he sufrido algún tipo de agresión sexual; he sido víctima de un timo; me han insultado o amenazado; no sabe / no contesta. Esta pregunta también se encuentra recogida en la EPH-INE (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Se han incorporado también otras variables como el sexo (hombre / mujer); el origen (español / latinoamericano / africano / europeo); y la edad (35 o menos años / 36-50 / 51 o más). Además, el sinhogarismo se ha abordado desde un enfoque cualitativo mediante la realización de entrevistas en profundidad de carácter semiestructurado. Las entrevistas han sido de carácter sucesivo y narrativo (Flick, 2004) con el objetivo de profundizar en la experiencia y vivencia de la violencia y la discriminación en la trayectoria de las PsSH. Aunque las entrevistas han tenido un carácter flexible y abierto, se contaba con un eje temático que ha orientado el desarrollo de las sesiones y que se centraba en: información y proyecto personal, biografía residencial / sinhogarismo, biografía laboral y formativa, experiencias de violencia y discriminación, proyecto migratorio, estatus migratorio y racialización.

2.3. Administración del cuestionario y desarrollo de las entrevistas.

El cuestionario fue administrado entre febrero y mayo de 2021 por miembros del equipo de investigación mediante una entrevista presencial y personal en las dependencias de los recursos donde las personas participantes fueron captadas (albergues, comedores sociales, centros de aco-

Tabla 2. Descripción de la muestra cualitativa.

| ID | Pseudónimo | Sexo | Origen | Edad | Estudios | Alojamiento |
|-------|--------------|------|------------|---------|----------------|--------------------|
| E-1.1 | Inma | M | Español | 20 | ESO | Calle |
| E-1.2 | Camilo | H | Español | 62 | Universitarios | Albergue |
| E-1.3 | Félix | H | Español | 62 | Bachillerato | Centro de acogida |
| E-1.4 | Arantxa | M | Extranjero | 33 | Primarios | Centro emergencia |
| E-1.5 | Mamen y Sara | M | Extranjero | 49 y 18 | Universitarios | Piso de transición |
| E-1.6 | Eduardo | H | Extranjero | 60 | Universitarios | Albergue |
| E-1.7 | Elena | M | Español | 23 | ESO | Cohabitación |
| E-1.8 | Alonso | H | Español | 59 | FP | Pensión |
| E-1.9 | Hannya | M | Extranjero | 38 | Primarios | Vivienda alquiler |
| E-2.1 | Reme | M | Español | 19 | ESO | Piso emergencia |
| E-2.2 | Rosana | M | Español | 28 | ESO | Piso emergencia |
| E-2.3 | Beni | H | Español | 52 | Primarios | Albergue |
| E-2.4 | Daniel | H | Español | 52 | Primarios | Albergue |
| E-2.5 | Victoria | M | Extranjero | 51 | FP | Piso entidad |
| E-2.6 | Fanny | M | Extranjero | 33 | Bachillerato | Piso de emergencia |
| E-2.7 | Khamir | H | Extranjero | 42 | Primarios | Albergue |
| E-2.8 | Hamir | H | Extranjero | 24 | FP | Albergue |
| E-2.9 | Natalia | M | Español | 55 | Universitarios | Pensión |

gida y recursos de emergencia). Para la captación se contó con el personal técnico de las entidades participantes. Cada entrevista para la administración del cuestionario duró en torno 60 minutos. Con la colaboración del personal técnico, las PsSH participantes en las entrevistas fueron captadas en los mismos recursos en los que el cuestionario fue administrado. Cada persona ha participado en 2 sesiones de entrevista de una duración aproximada de 1.30h cada sesión, siendo grabadas en formato audio. Cada entrevista realizada ha sido transcrita y anonimada después de su realización, respetando la máxima literalidad.

La realización del cuestionario y de las entrevistas ha estado precedida por la firma del consentimiento informado de cada participante. Además, antes de comenzar cada entrevista y de administrar cada cuestionario, el equipo de investigación explicaba el contexto del que partía el trabajo. En este sentido, se especificaban los objetivos, el porqué de la participación, la dinámica que se iba a seguir, el uso de la grabadora de voz, la necesidad de realizar varias sesiones, la duración aproximada de cada entrevista y cuestionario, así como el uso final de los datos obtenidos. En este punto se hizo especial hincapié en el total anonimato y confidencialidad de la información. Una vez que cada persona aceptaba y comprendía las implicaciones de su participación firmando el consentimiento informado, se iniciaban las entrevistas y/o administración de cuestionarios.

En todo caso, antes de su inicio, esta investigación ha obtenido el informe positivo del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Ref: CE_20210415-02_SOC).

2.4. Análisis de datos.

El abordaje de los datos cuantitativos ha sido de carácter descriptivo y correlacional. Para profundizar en las variables nominales se usó el estadístico Chi cuadrado. Este análisis se ha llevado a cabo con el programa estadístico IBM-SPSS v27.

El análisis de las entrevistas se ha enfocado desde una perspectiva estructuralista (Heracleous, 2006). El análisis es resultado de una combinación de las propuestas analíticas que parten de del análisis comparativo (Bertaux, 2005) y el análisis temático (Braun & Clarke, 2006). Este análisis se ha desarrollado mediante el programa ATLAS.ti 22. Las categorías y subcategorías de análisis se recogen en la tabla 3.

3. Resultados.

3.1. Discriminación.

3.1.1. Discriminación percibida.

Las experiencias de aporofobia por encontrarse en situación de SH y ER aparecen en casi la mitad de las personas

participantes. Concretamente, el 25.6% de las PsSH manifiestan sentirse discriminadas algunas veces, el 16.7% muchas veces y el 6.7% de manera constante. Las palabras de Beni o de Daniel ayudan a comprender el impacto que estos datos tienen en la vida de las personas:

(...) si vas desaliñado, todos los días con la misma ropa... todos los días pasas por los mismos sitios... eh... entonces a ver, por poca gente que haya, pues la gente, pues (...), si notas que la gente pues que... o sea que tú le estas transmitiendo algo a la gente que, que, que la gente se siente... medida o violenta ... Y dices, ¡coño!, lo provooco yo [ríe]. ¿Sabes lo que te quiero decir? Eso te hace sentir pues... pues mal, o sea, emocionalmente muy mal. (Beni. E-2.3).

¿Cuántas veces? Ni lo sé. O sea... es que no lo sé... insultos, escupirme... gritos y como... como con asco. Muchas veces. Muchos ratos. A cada rato te digo. (Daniel. E-2.4).

Las experiencias de discriminación no son las mismas para todas las PsSH. En este sentido, se encuentran diferencias significativas considerando las variables situación residencial ($\chi^2 = 14.244$; $p = .003$) y sexo ($\chi^2 = 12.927$; $p = .005$).

3.1.2. Discriminación, género y situación residencial.

En relación al sexo, el 51.8% de los hombres frente al 48.2% de las mujeres señalan no haber sentido discriminación nunca. Así, los resultados muestran que las mujeres sienten más discriminación que los hombres por afrontar situaciones de exclusión: el 22.1% de las mujeres algunas veces, el 18.5% muchas veces y el 11.3% constantemente. Este último dato es especialmente relevante si se considera que la proporción de hombres que sienten discriminación de manera constante no llega al 5% (4.4%). En cuanto a la situación residencial los resultados señalan que nunca han sentido discriminación el 56.8% de las personas en ER frente al 44% de las personas en SH. De manera específica, el 28.8% de las personas en SH indican haberse sentido discriminadas algunas veces, el 17.5% muchas veces y el 9.6% afirma sentir discriminación constantemente.

La experiencia de Camilo, que vivió durante mucho tiempo en situación de SH estricto en su coche, da cuenta de esta realidad:

Una vez salió una señora a sacar la basura y según tiraba la basura... lárgate de aquí, que estas molestando al vecindario y... y yo simplemente llegaba por la noche a la una de la mañana sin que nadie me viera, abría el coche y ponerme a dormir porque tampoco podía estar por ahí pululando por la calle ¿no? (...). Pero no, pensaba que era un ladrón, y llamaron aquella noche a la policía y me hicieron largarme. (Camilo. E-1.2).

Tabla 3. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo.

| Categorías | Subcategorías | Definición |
|---------------------------|------------------------------------|--|
| Discriminación | Discriminación percibida | Presencia o no de discriminación y vivencia de la misma. |
| | Género y situación residencial | Experiencias de discriminación específicas de las mujeres. Experiencias de discriminación diferenciadas en función de encontrarse en SH o en ER. |
| | Racismo y xenofobia | Experiencias específicas de discriminación vinculadas a la raza, al origen o a la existencia de un proceso migratorio. |
| Experiencias de violencia | Delitos sufridos | Tipos de delitos que las PsSH refieren haber sufrido. |
| | Impacto específico de la violencia | Experiencias de violencia en función del género, la situación residencial, el origen y la edad. |

3.1.3. Racismo y xenofobia.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable origen y la discriminación percibida, los discursos y narrativas que giran en torno a las experiencias de racismo y xenofobia de las PsSH son especialmente relevantes. Fanny, una mujer racializada, lo expresa de la siguiente manera:

Sí, sí he notado... racismo (...). Hay muchas maneras de expresar el racismo. No necesariamente te tienen que llamar "negra de mierda", o "vete a tu país". Mira, a mí me han llegado a decir cosas como (...): "mi padre dice que las negras oléis mal pero que a los hombres blancos les atrae eso". Entonces, eso es racismo. (Fanny. E-2.6).

En los mismos términos Hamir o Camilo apuntan:

Otra persona cambia el sitio porque... ¿sabes? (...). Una vez me ha pasado en el metro, senté yo y mi amigo y un señor empezó a mirar, ¿sabes? (...). Nervioso. ¿Por qué estás nervioso? ¿Está entrando con un diablo o qué? (Hamir. E-2.8).

Pero ¿sabes qué pasa? Me comentabas si yo había sentido alguna vez ese rechazo. No sentí rechazo, porque no, pero si ocurre que... al ser sudamericano, a mí me costó más esfuerzo que a uno local ¿okey? (...). Había cierto desprecio, ¿no? (Camilo. E-1.2).

3.2. Experiencias de violencia.

3.2.1. Delitos sufridos.

Los datos y discursos analizados cobran relevancia al derivar en acciones de discriminación y violencia directa. La experiencia de Félix es especialmente relevante en este sentido:

Eso hay que vivirlo ¿eh? Cuidado. A que no... como me ha pasado a mí en Príncipe Pío, que en pleno verano del año pasado (...) voy a un bar -hacia un calor tremendo- y yo: "por favor, ¿podría ser un vaso de agua fría?" Y dice: "no" y digo: "¿por qué?" Y dice: "porque tenemos orden del jefe de que no os demos agua a ninguno de vosotros". Bueno, ¿y qué haces? (Félix. E-1.3).

El 55.6% de las PsSH participantes afirman no haber tenido ninguna experiencia de victimización por encontrarse en situación de SH o ER. Sin embargo, el 25.9% señala haber sufrido una agresión verbal; el 21.2% refiere haber sido víctima de una agresión física; el 22.2% haber sufrido un robo; el 7.0% haber sido víctima de un timo y el 4.5% afirma haber sido víctima de una agresión sexual. Esta exposición a la victimización es descrita por Elena en los siguientes términos:

Eh... bueno, horrible (...). Era miedo continuo, yo tenía un pánico de que me robaran el móvil y quedarme incomunicada y de que me hicieran algo mientras dormía, ¿sabes? Te lo juro. Imagínate durmiendo ahí sola en la calle, sin gente, o sea, con todo lleno de... puf. Fue un miedo horrible. (Elena. E-1.7).

3.2.2. Impacto específico de la violencia.

Como se recoge en la tabla 4, los resultados apuntan a la alta exposición de las mujeres hacia la violencia. Específicamente, ser mujer correlaciona de manera significativa con el haber sido víctima de una agresión física ($\chi^2 = 21.067$; $p < .001$), un robo ($\chi^2 = 9.595$; $p = .002$), una agresión sexual ($\chi^2 = 56.151$; $p < .001$), un timo ($\chi^2 = 4.035$; $p < .045$) y una agresión verbal ($\chi^2 = 19.095$; $p < .001$).

Tabla 4. Delitos sufridos en función del sexo.

| | Sexo | | | | Total | |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Hombre | | Mujer | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| He sido víctima de algún delito o agresión** | 149 | 36.0% | 134 | 59.8% | 283 | 44.4% |
| He sufrido una agresión física*** | 65 | 15.7% | 70 | 31.3% | 135 | 21.2% |
| He sufrido un robo | 76 | 18.4% | 65 | 29.0% | 141 | 22.1% |
| He sufrido una agresión sexual*** | 0 | 0.0% | 29 | 12.9% | 29 | 4.5% |
| He sufrido un timo* | 23 | 5.6% | 22 | 9.8% | 45 | 7.1% |
| He sufrido una agresión verbal*** | 84 | 20.3% | 81 | 36.2% | 165 | 25.9% |
| No sabe / no contesta | 4 | 1.0% | 4 | 1.8% | 8 | 1.3% |

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Este riesgo mayor de las mujeres es expresado por Reme de la siguiente manera:

La calle es... la calle es un peligro, o sea, no cierras la puerta de nada. Estás sola y con demasiada gente a la vez y... no todo el mundo es bueno, o sea, que hay veces que pasas miedo. Mucho miedo. Todo el que... toda la persona que quiera, ahí te tiene. Acojonada estás. Así, tal cual. (Reme. E-2.1).

Especialmente llamativos resultan los datos referidos a agresiones sexuales. Los resultados muestran que el 12.9% de las mujeres que se han enfrentado a algún tipo de delito, han sido víctimas de una agresión sexual. Estos datos se personalizan en las historias de Reme o Rosana, supervivientes de la violencia de género y, además, de agresiones sexuales repetidas:

A ver, yo llegué a esta casa porque yo en plan... tuve una agresión... sexual (...). Sí, estaba en otro centro y... y bueno, ahí fue la agresión en ese centro. O sea, él era de ese centro (...). Ese es el peor día que recordé. O sea, recordar a ese hombre... te lo juro, me ha hecho muchísimo daño. O sea, pero porque esa agresión sí que fue... fuerte. O sea, yo reconozco que las dos agresiones son fuertes, ¿vale? Pero peor que esa no. Encima yo gritando y nadie escuchándome. (Reme. E-2.1).

En enero ya, como no había tenido suficiente, pues me violó. Es que... me acostumbré. Fueron, diez años de maltrato (...). Es que no podía con mi alma. Me di cuenta en aquel momento en el que, aunque yo intentara rehacer mi vida (...), siempre iba a tenerme a mí como un juguete y, permitiéndole todo lo que había permitido antes, claro. (Rosana. E-22).

Como se recoge en la tabla 5, para la situación residencial también se han encontrado diferencias significativas. Así, encontrarse en situación de SH también constituye un elemento de riesgo hacia la violencia:

Entonces cada sitio que ocupas es... tu país, tu tierra, tu mundo. Nadie te puede mover. Como te muevas de allí estás frito, pero no faltan los que se quieren colar, ¿sabes? Y eso en tu casa... eso en mi casa no era así, ¿sabes? Tú cerrabas la puerta y todo era seguro para ti y para la gente que estaba contigo, ¿no? Hombre, los riesgos eran otros, pero no los de vivir así. Esos no. Clarísimo que no. (Camilo. E-1.2).

Tabla 5. Delitos sufridos en función de la situación residencial.

| | Situación residencial | | | | Total | |
|--|-----------------------|-------|-----|-------|-------|-------|
| | ER | | SH | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| He sido víctima de un delito o agresión* | 133 | 39.8% | 151 | 49.7% | 284 | 44.5% |
| He sufrido una agresión física | 65 | 19.5% | 71 | 23.4% | 136 | 21.3% |
| He sufrido un robo | 69 | 20.7% | 73 | 24.0% | 142 | 22.3% |
| He sufrido una agresión sexual*** | 6 | 1.8% | 23 | 7.6% | 29 | 4.5% |
| He sufrido un timo | 19 | 5.7% | 26 | 8.6% | 45 | 7.1% |
| He sufrido una agresión verbal | 81 | 24.3% | 85 | 28.0% | 166 | 26.0% |
| No sabe / no contesta | 2 | 0.6% | 6 | 2.0% | 8 | 1.3% |

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Es que la calle es... la calle es muy jodida. Es muy complicada y muy mala. Muy mala. Por el frío, por la clase de gente (...) y la juventud de hoy en día no se saben ni comportar (...). Te quemar si estás ahí solo y a veces te tienes que... con el frío te tienes que... yo una vez me metí en un cajero a dormir (...). (Daniel. E-2.4).

Este riesgo del SH (tabla 5) es especialmente cierto considerando la violencia de tipo sexual. Los resultados obtenidos muestran que el 7.6% de las mujeres en SH frente al 1.8% de las mujeres en ER han sido víctimas de una agresión sexual ($\chi^2 = 12.209$; $p < .001$). Rosana, lo expresa de la siguiente manera:

Es un machaque constante, o sea, es que no sé cómo explicártelo para que te hagas a la idea... sucia y yo qué sé. Eso en tu autoestima... Eres una mujer que se siente sucia, sin cuidar, o sea, para mí volvió mi TCA y... y así estamos ahora. Violada y arrastrada. Así estamos ahora. (Rosana. E-2.2).

El origen es otra de las variables para las que existen diferencias significativas en lo referente a los robos ($\chi^2 = 8.635$; $p = .035$) y a las agresiones sexuales ($\chi^2 = 19.826$; $p < .001$). En este sentido, como se recoge en la tabla 6, de entre las personas que afirman haber sufrido algún delito, han sido víctimas de un robo el 25.1% de la población española; el 30.2% de la población europea; el 14.3% de la población africana y el 21.5% de la población de origen latinoamericano.

Tabla 6. Delitos sufridos en relación al origen.

| | Origen | | | | | | | | Total | |
|---|--------|-------|--------|-------|--------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| | España | | Europa | | África | | Latinoamérica | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| He sido víctima de un delito o agresión** | 107 | 44.0% | 34 | 54.0% | 44 | 31.4% | 99 | 50.8% | 284 | 44.3% |
| He sufrido una agresión física* | 51 | 21.0% | 13 | 20.6% | 22 | 15.7% | 50 | 25.6% | 136 | 21.2% |
| He sufrido un robo | 61 | 25.1% | 19 | 30.2% | 20 | 14.3% | 42 | 21.5% | 142 | 22.2% |
| He sufrido una agresión sexual*** | 5 | 2.1% | 5 | 7.9% | 1 | 0.7% | 18 | 9.2% | 29 | 4.5% |
| He sufrido un timo | 14 | 5.8% | 4 | 6.3% | 5 | 3.6% | 22 | 11.3% | 45 | 7.0% |
| He sufrido una agresión verbal | 60 | 24.7% | 17 | 27.0% | 28 | 20.0% | 61 | 31.3% | 166 | 25.9% |
| No sabe / no contesta | 2 | 0.8% | 2 | 3.2% | 0 | 0.0% | 4 | 2.1% | 8 | 1.2% |

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

El haber sufrido algún robo es una constante en los discursos de las PsSH:

Robos pues, ¿cuántas veces? Pues... no sé, pero muchas. O sea, la gente tiene la mano larga y te duermes en el metro, en un parque o dejas las cosas en un sitio que no debes y... ¡No sé la de teléfonos que me han quitado! (Arantxa. E-1.4).

A ver es que a mí robarme... Bueno sí, la última vez que me robaron estaba ya en este recurso. Estaba haciendo un extra y me quedé dormido en el metro y me robaron el teléfono. Pero bueno, eso fue culpa mía (...). Si te quedas dormido pues ya está. (Beni. E-2.3).

Me han robado, sí. Varias veces. La última pues llevaban un cuchillo enorme y... no te puedes fiar de nadie. Se llevaron toda la ropa que tenía. (Daniel. E-2.4).

Son las mujeres procedentes de Latinoamérica las que refieren haber sufrido con mayor frecuencia delitos de tipo sexual. Este es el caso de Victoria, en situación de ER, que cuando trabajaba como interna se veía expuesta a las siguientes experiencias:

El señor también... no era muy malo, pero el señor era más... mujeriego. Sí, empezaba a quererse liar conmigo. Como yo no me callo le he dicho a su mujer (...). Sí. Él me acosaba (...). En seguida le conté a su mujer, pero era muy, muy, muy tremendo cómo te acosaba. Porque sacaba luego... te enseñaba luego sus partes. (Victoria. E-2.5).

La edad también constituye una variable significativa en relación a los delitos de naturaleza sexual ($\chi^2 = 14.102$; $p < .001$). La asociación encontrada se da en el siguiente sentido: el 8.2% de las mujeres de entre 36 y 50 años que afirman haber sufrido algún delito, señalan haber sido víctimas de una agresión sexual. Este dato alcanza al 6.7% de las mujeres menores de 36 años y al 1.3% de mujeres de 51 años o más.

4. Discusión y conclusiones.

El objetivo general de este trabajo era analizar las experiencias de violencia y discriminación de las PsSH y su impacto en función de diferentes dimensiones. Los resultados obtenidos al respecto ponen de manifiesto que la discriminación y la violencia son elementos constitutivos

de las trayectorias vitales de las PsSH.

El primer objetivo específico de esta investigación consistía en analizar el alcance y dimensiones que la violencia y la discriminación tienen en la realidad de las PsSH. En este sentido, la tasa de victimización encontrada en este estudio (44.7%), aunque es inferior a la hallada en otros estudios previos (Barrett & Christopher, 2005; Calvo et al., 2021; Instituto Nacional de Estadística, 2012; Meinbresse et al., 2014; RAIS Fundación, 2015), se sitúa en línea con las últimas estimaciones que señalan que la violencia afecta entre el 27% y el 52% de las PsSH (Nilsson et al., 2020). Aunque España no dispone de encuestas de victimización a nivel estatal (Sobrino Garcés et al., 2021) y hay que comparar los datos con cautela, algunos trabajos sitúan la tasa de victimización para la población general entre el 17% (Díez-Ripollés y García-España, 2009) y el 33% (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2015). Estos datos permiten contextualizar la relevancia de la violencia y la discriminación en la vida de las PsSH. En este sentido, las PsSH que participaron en este estudio sufren con gran frecuencia agresiones verbales (insultos y / o amenazas) y robos, siendo llamativa la alta frecuencia con la que sufren agresiones físicas y agresiones sexuales. Los datos son consistentes con estudios previos que han encontrado que las agresiones verbales, los robos y las agresiones físicas constituyen la tríada de violencia que más frecuentemente afecta a las PsSH (Barrett & Christopher, 2005; Instituto Nacional de Estadística, 2012; RAIS Fundación, 2015).

El segundo objetivo específico consistía en profundizar en los aspectos concretos que caracterizan y definen las experiencias de violencia y discriminación que afectan a las PsSH. En esta línea, los resultados confirman que en el marco del SH y la ER pueden identificarse factores y procesos que generan un riesgo mayor hacia la discriminación y la violencia y que apuntan a que el origen, la edad y, sobre todo, el género, son elementos vertebradores de las desigualdades sociales (Subirats et al., 2004).

Ser mujer y estar afectada por el SH y la ER constituye un elemento de riesgo fundamental hacia la violencia. Como muestran los resultados de este trabajo, es más frecuente que las mujeres señalen haber sufrido cualquiera de los tipos de victimización analizados, especialmente agresiones físicas y las agresiones sexuales. De hecho, la violencia sexual, inexistente en el caso de los hombres que han participado en este estudio, está presente en casi el 13% de las mujeres que han sufrido algún delito. Estos resultados coinciden con la evidencia empírica disponible (Gaetz, 2004; Loison & Perrier, 2019; Puente, 2021; Souza et al., 2016), donde la violencia sexual aparece con una prevalencia elevada entre las mujeres en situación de sinhogarismo, siendo uno de los principales riesgos para ellas.

Los resultados obtenidos constatan que el riesgo de las mujeres hacia la violencia está especialmente presente entre las mujeres de 36 y 50 años y entre las mujeres de origen extranjero, fundamentalmente procedentes de Latinoamérica. Así, el origen y la edad constituyen otro elemento de riesgo hacia la violencia en las PsSH, particularmente de las mujeres (Bretherton & Mayock, 2021; Mostowska & Sheridan 2016). Por un lado, el origen y el estatus migratorio son variables fundamentales para

comprender el impacto específico y diferenciado de la violencia y la discriminación en el SH y la ER. Así, la incorporación de la interseccionalidad permite analizar no solo la acumulación de desventajas (mujer, migrante, y en situación de SH), sino también la interacción entre dichas desventajas (Collins, 2002) y sus efectos sobre las PsSH. Dicho de otra manera, con mayor frecuencia que las mujeres de otras procedencias, parece que las mujeres de origen latinoamericano son percibidas como objetivos de violencia y, específicamente, de violencia sexual. En este sentido, diversos autores y autoras reclaman la necesidad de superar el abordaje etnicista de la diversidad, incorporando los elementos migratorios como aspectos centrales en el análisis de las desigualdades que afectan a las mujeres afectadas por el SH y la ER (Matulič-Domandzic et al., 2020).

Por otro lado, otra de las variables que se ha revelado significativa es la situación residencial. Así, estar en situación de SH, frente a la ER, supone un elemento de riesgo mayor hacia la violencia. Estos resultados pueden explicarse por la elevada exposición en la que se encuentran las personas afectadas por el SH, más frecuentemente presentes en el espacio público y con ello, con un menor acceso a espacios en los que protegerse (Tyler & Schmitz, 2018). En este sentido, diversos aportes (Lee & Schreck, 2005; Slesnick et al., 2016; Tyler & Beal, 2010) constatan que las condiciones de vida, así como la exposición que afrontan las PsSH en su día a día, generan una vulnerabilidad donde la violencia constituye una de las principales expresiones de la situación de riesgo (Puente, 2021).

Los resultados de este trabajo contribuyen a profundizar en el conocimiento del impacto y alcance que la violencia y la discriminación tienen en la realidad de las PsSH. En este sentido, abordar las experiencias de violencia y la discriminación permite considerar que estas también pueden contribuir a que la situación de exclusión se mantenga. Esto es especialmente cierto si se tienen en cuenta las dificultades que las acciones y actitudes discriminatorias y violentas imponen para acceder a una vivienda estable, a un empleo, a la formación, o a formas de afrontamiento adecuadas (alejadas de los actos delictivos o consumo de sustancias, por ejemplo) (Otiniano Verissimo et al., 2021). Esta aportación, en la que es preciso seguir profundizando, resulta fundamental para comprender el doble efecto que la violencia y discriminación tiene en las PsSH: causa y consecuencia.

Además, los resultados obtenidos sobre la violencia y la discriminación y su relación con los diferentes ejes de desigualdad considerados suponen una importante aportación al conocimiento no solo de su alcance, sino también, de las dimensiones específicas que contribuyen a definir la violencia y la discriminación en las trayectorias de vida de las PsSH.

En esta línea, los resultados recogidos tienen algunas implicaciones para la práctica del Trabajo Social. En primer lugar, la especial vulnerabilidad de las PsSH hacia la violencia y la discriminación sugiere la necesidad de poner en marcha estrategias de protección basadas en programas de intervención social que, con un carácter preventivo, impidan que se desarrollen. Ello supone ir más allá de la atención de las necesidades básicas de las PsSH, donde tradicionalmente se ha situado la intervención social en

el contexto del sinhogarismo. Desde el Trabajo Social se debe dar un paso más para abordar las raíces que hacen que este fenómeno se mantenga. De esta forma, junto a la necesaria atención y acompañamiento social en el marco de las consecuencias que esta realidad social tiene para las personas afectadas, es preciso desarrollar una acción antiopresiva que permita modificar las condiciones estructurales que generan la exclusión social extrema, y en concreto el sinhogarismo (Cabrera y Rubio, 2008).

En segundo lugar, esto es especialmente relevante para afrontar las experiencias de violencia de las mujeres afectadas por el SH y la ER, ejerciendo la profesión desde una necesaria perspectiva de género. Ello permitirá incorporar el estudio de las dimensiones que conducen al sinhogarismo femenino, asumiendo que los paradigmas desde los que analizamos esta realidad social –principalmente masculinizados– no son válidos para comprender cómo esta realidad afecta a las mujeres (Guijarro, 2020). En este sentido, los resultados apuntan a la importancia de desarrollar enfoques integrados por el conjunto de dimensiones que conforman el sinhogarismo femenino y que dirigen a la triple invisibilidad de las mujeres afectadas por el sinhogarismo y la exclusión residencial: la de ser mujer, en situación de sinhogarismo y expuesta a la violencia de género (Herrero Fernández, 2003). Esta realidad de discriminación se multiplicaría por cuatro si, además, se incorporan los elementos vinculados al origen, la etnia y el estatus migratorio.

Financiación.

Este estudio ha sido financiado por la Red FACIAM a través del contrato de investigación con referencia UCM PR 452-2020.

5. Bibliografía.

- Barrett, A.L. & Christopher, J.S. (2005). Danger on the streets: marginality and victimization among homeless people. *American Behavioral Scientist*, 48(8), 1055-1081. <https://doi.org/10.1177/0002764204274200>
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. perspectiva etno-sociológica*. Bellaterra.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bretherton, J. & Mayock, P. (2021). *Women's homelessness: European evidence review*. FEANTSA. <https://doi.org/10.15124/yao-3xhp-xz85>
- Cabrera, P.J. y Rubio, M.J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 51-74. <https://libreriavirtual.descargaGratuita/W0140875>
- Calvo, F., Watts, B., Panadero, S., Giralt, C., Rived-Ocaña, M. & Carbonell, X. (2021). The prevalence and nature of violence against women experiencing homelessness: a quantitative study. *Violence against Women*, 1-33. <https://doi.org/10.1177/10778012211022780>
- Casey, S., Grady, B. & Holtzen, H. (2018). Daybreak in Dayton: Assessing characteristics and outcomes of previously homeless youth living in transitional housing. *Children and Youth Services Review*, 88, 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.021>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2015). *Encuesta Social General Española (ESGE) 2015. Estudio N° 3123*. Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://analisis.cis.es/cisdb.jsp?ESTUDIO=3123>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Collins, P.H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la sociedad democrática*. Paidós.
- Díez-Ripollés, J.L. y García-España, E. (dirs.) (2009). *Encuestas a víctimas en España ODA2009*. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología y Cajal-Fundación. <http://www.oda.uma.es/informes/2009.pdf>
- Edgar, B. & Meert, H. (2005). *Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS definition of homelessness*. FEANTSA. <https://www.feantsa-research.org/download/4-2005106465256989452078.pdf>
- Eyrich-Garg, K.M., Cacciola, J.S., Carise, D., Lynch, K.G. & McLellan, A.T. (2008). Individual characteristics of the literally homeless, marginally housed, and impoverished in a US substance abuse treatment-seeking sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 831-842. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0371-8>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Gaetz, S. (2004). Safe streets for whom? homeless youth, social exclusion, and criminal victimization. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 46(4), 423-456. <https://doi.org/10.3138/cjc-cj.46.4.423>
- Gobierno de España (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Gobierno de España. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
- Guijarro, L. (2020). *Mujeres sin hogar: rompiendo la invisibilidad*. Barcelona: San Juan de Dios. <https://www.sjdserviciosocials-bcn.org/es/mujeres-sin-hogar-rompiendo-invisibilidad>
- Hancock, A.M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79. <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>
- Heraclous, L. (2006). Images of discourse: Interpretive, functional, critical, and structural. En L. Heraclous (ed.), *Discourse, Interpretation, Organization* (pp. 1-27). Cambridge University Press.
- Herrero Fernández, I. (2003). Mujeres sin hogar y violencia de género. La triple invisibilidad. *Cuadernos de Trabajo Social*, 16, 265-268. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110265A>
- Hwang, S.W. (2000). Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *The Journal of the American Medical Association*, 283(16), 2152-2157. <https://doi.org/10.1001/jama.283.16.2152>
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Encuesta sobre personas sin hogar (INE-EPH-personas)*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t25/p454/e02/a2012/&file=pcaxis/>
- Johnston, D., McInerney, P. & Miot, J. (2019). A Profile of the Health of Homeless at an Inner-City Primary Health Care Clinic in South Africa. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(4), 1455-1466. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0093>
- Lee, B. A. & Schreck, C.J. (2005). Danger on the streets: marginality and victimization among homeless people. *The American Behavioral Scientist*, 48(8), 1055-1081. <https://doi.org/10.1177/0002764204274200>
- Loison, M. & Perrier, G. (2019). The trajectories of homeless women using a gender prism: Between vulnerability and protection. *Déviante et Société*, 43, 77-110. <https://doi.org/10.3917/ds.431.0077>
- Matulič-Domandžić, M.V., Munté-Pascual, A. y De Vicente-Zueras, I. (2020). Sinhogarismo Femenino: Una aproximación a la intersección entre género, edad y procesos migratorios. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(1), 57-85. <https://doi.org/10.17583/rasp.2020.4724>
- Meinbresse, M., Brinkley-Rubinstein, L., Grassetto, A., Benson, J., Hall, C., Hamilton, R., Malott, M. & Jenkins, D. (2014). Exploring the experiences of violence among individuals who are homeless using a consumer-led approach. *Violence and Victims*, 29(1), 122-36. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00069>
- Moschion, J. & van Ours, J.C. (2021). Do transitions in and out of homelessness relate to mental health episodes? A longitudinal analysis in an extremely disadvantaged population. *Social Science & Medicine*, 279. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113667>
- Mostowska, M. & Sheridan, S. (2016). Migrant women and homelessness. En P. Mayock & J. Breterthon (Eds.), *Women's Homelessness in Europe* (pp. 235-263). Macmillan.
- Muñoz, M., Sánchez, M.J.H. y Cabrera, P.J. (2018). *Informe IX Recuento de Personas sin hogar en Madrid*. Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Complutense Madrid y UNED.
- Nilsson, S. F., Nordoft, M., Fazel, S. & Laursen, T.M. (2020). Homelessness and police-recorded crime victimisation: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(6), 333-341. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30075-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30075-X)
- Otiniano Verissimo, A.D., Henley, N., Gee, G.C., Davis, C. & Grella, C. (2021). Homelessness and discrimination among US adults: the role of intersectionality. *Journal of Social Distress and the Homeless*. <https://doi.org/10.1080/10530789.2021.1935650>
- RAIS Fundación. (2015). *Los delitos de odio contra las personas sin hogar*. Informe de investigación. RAIS Fundación. <http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital.pdf>
- Puente, P. (2020). Sinhogarismo y derechos humanos. Las personas en situación de sin hogar como colectivo vulnerable. En A. M. Marcos del Cano (ed.), *En tiempos de vulnerabilidad: Reflexión desde los derechos humanos* (pp. 163-177). Dykinson.
- Puente, P. (2021). Experiencias de victimización de las personas en situación de sin hogar. Una aproximación al perfil de las víctimas utilizando análisis de segmentación y regresión logística. *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, 1, 282-323. <https://doi.org/10.31009/InDret.2021.11.10>
- Rivas-Rivero, E., Panadero, S. & Vázquez, J.J. (2021). Intimate partner sexual violence and violent victimization among women living homeless in Madrid (Spain). *Journal of Community Psychology*, 49(7), 2493-2505. <https://doi.org/10.1002/jcop.22619>
- Sánchez Morales, M.R. (2010). Las personas "sin hogar" en España. *RES: Revista Española de Sociología*, 14, 21-42. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/65177>
- Slesnick, N., Zhang, J. & Brakenhoff, B. (2016). Homeless youths' caretakers: the mediating role of childhood abuse on street victimization and housing instability. *Social Work*, 61(2), 147-154. <https://doi.org/10.1093/sw/sww009>
- Sobrino Garcés, C., Murrià Sangenís, M. y González Murciano, C. (2021). Las encuestas de victimización como fuente de datos para la investigación criminológica. Un ejemplo a partir de la Encuesta de Victimización del Área Metropolitana de Barcelona. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 19(2), 1-31. <https://doi.org/10.46381/reic.v19i2.509>
- Souza, M.R.R., Oliveira, J.F., Chagas, M.C.G. & Carvalho, E.S.S. (2016). Gender, violence and being homeless: the experience of women and high-risk drug use. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.03.59876>
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., Bottos, P. y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona, España: Fundación "La Caixa". https://fundacionla caixa.org/documents/10280/240906/vol16_es.pdf/bcb45dce-1f36-4b5a-a6ea-8486a0e20246
- Truman, J.L. (2011). *National Crime Victimization Survey: Criminal Victimization, 2010*. Bureau of Justice Statistics Bulletin. Recuperado de <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/cv10.pdf>
- Turner, M.M., Funge, S.P. & Gabbard, W.J. (2018). Victimization of the Homeless: Public Perceptions, Public Policies, and Implications for Social Work Practice. *Journal of Social Work in the Global Community*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.5590/JSWGC.2018.03.1.01>
- Tyler, K.A. & Beal, M.R. (2010). The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence and Victims*, 25(1), 101-115. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.1.101>
- Tyler, K.A. & Schmitz, R.M. (2018). Child abuse, mental health and sleeping arrangements among homeless youth: links to physical and sexual street victimization. *Children and Youth Services Review*, 95, 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.018>



The financial, health, and social crisis in Europe. Developments and challenges from the Social Work perspective.

La crisi financera, sanitària i social a Europa. Desenvolupaments i desafiaments des de la perspectiva del Treball Social.

La crisis financiera, sanitaria y social en Europa. Desarrollos y desafíos desde la perspectiva del Trabajo Social.

Rafael Arredondo Quijada¹, María de las Olas Palma García², Ana Cristina Ruiz Mosquera³

Abstract

We conducted a descriptive documentary review study using a sequential design of the assessable indicators of European social policies developed between 2008 and 2019. The period between the 2008 financial crisis and the current COVID-19 health crisis was studied using Eurostat indicators to compare variables related to social risk and the governmental response offered by the sample countries to provide social protection. We attempted to understand the current crisis by examining the key social factors and potential connections with previous trends in the development of social policies in the European Union. On this basis, we identified effective strategies for managing the crisis. The data suggest that, in general, the European social protection model has not prevented the growth of inequality and social risk, thus calling for new ways and approaches to the design, implementation, and assessment of public policies to ensure their effectiveness. These new strategies involve re-envisioning Social Work as a key profession and discipline to promote social transformation.

Keywords: Social Work, social indicators, social policies, health crisis, financial crisis.

Resum

Es realitza un estudi descriptiu de revisió documental mitjançant un disseny seqüencial dels indicadors avaluable de les polítiques socials europees desenvolupades entre 2008 i 2019. S'ha estudiat el període comprés entre la crisi financera de 2008 i l'actual crisi sanitària de la COVID-19 utilitzant indicadors d'Eurostat per comparar variables relacionades amb risc social i la resposta governamental oferta pels països de la mostra per brindar protecció social. S'intenta comprendre la crisi actual examinat els factors socials clau i les possibles connexions amb les tendències anteriors en el desenvolupament de polítiques socials a la Unió Europea. En aquest sentit, s'identifiquen estratègies efectives pel maneig de la crisi. Les dades suggereixen que, generalment, el model europeu de protecció social no ha aturat el creixement de la desigualtat i del risc social, per la qual cosa es requereixen noves formes i enfocaments en el disseny, implementació i avaluació de les polítiques públiques per garantir la seva eficàcia. Aquestes noves estratègies impliquen repensar el Treball Social com a professió i disciplina clau per la promoció de la transformació social.

Paraules clau: Treball Social, indicadors socials, polítiques socials, crisi sanitària, crisi financera.

Resumen

Realizamos un estudio descriptivo de revisión documental mediante un diseño secuencial de los indicadores evaluables de las políticas sociales europeas desarrollados entre 2008 y 2019. Se estudió el periodo comprendido entre la crisis financiera de 2008 y la actual crisis sanitaria del COVID-19 utilizando indicadores de Eurostat para comparar variables relacionadas con riesgo social y la respuesta gubernamental ofrecida por los países de la muestra para brindar protección social. Intentamos comprender la crisis actual examinando los factores sociales clave y las posibles conexiones con tendencias anteriores en el desarrollo de políticas sociales en la Unión Europea. Sobre esto, identificamos estrategias efectivas para el manejo de la crisis. Los datos sugieren que, en general, el modelo europeo de protección social no ha impedido el crecimiento de la desigualdad y el riesgo social, por lo que se requieren nuevas formas y enfoques en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas para garantizar su eficacia. Estas nuevas estrategias implican repensar el Trabajo Social como una profesión y disciplina clave para promover la transformación social.

Palabras clave: Trabajo Social, indicadores sociales, políticas sociales, crisis sanitaria, crisis financiera.

ACEPTADO: 21/11/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

^{1,2,3} Universidad de Málaga. Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo.

✉ Rafael Arredondo Quijada. Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo. Universidad de Málaga. rafaelarredondo@uma.es

Arredondo Quijada, R.; Palma García, M.O. y Ruiz Mosquera, A.C. (2023). The financial, health, and social crisis in Europe. Developments and challenges from the Social Work perspective. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 23-30. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40471>

1. Introduction.

In October 2020, in the midst of the COVID-19 pandemic, the three main bodies representing Social Work in its academic and professional aspects joined together to issue a statement of commitment to the construction of a new social contract (IASSW et al., 2020). The three bodies were the International Association of Schools of Social Work (IASSW), the International Council on Social Welfare (ICSW) and the International Federation of Social Workers (IFSW). The statement conveyed the sentiments of each of the three women heading these bodies: Anna Maria Campanini (IASSW), Eva Holmberg-Herrstrom (ICSW), and Silvana Martinez (IFSW). It was a call to make Social Work the protagonist at time of this crisis because it can offer effective community responses to the global socio-political tensions accentuated by the pandemic.

The magnitude and scope of the social and economic consequences of the current global public health emergency remain unclear. For this reason, the construction of the new social order requires global analyses to anticipate its impact on society and identify the areas in which people are at their most vulnerable. A concept of vulnerability understood as “that which derives from belonging to a group, gender, locality, environment, socio-economic condition, culture or environment that makes individuals vulnerable” (Feito, 2007, p.8).

Following the austerity policies implemented over the last decade, where the needs of people with greater difficulty cannot be lost sight of (Sotomayor et al., 2017), Europe is entering a new social crisis that needs to be analysed using effective approaches that can objectively report what is actually happening. Such approaches need to establish a relationship between the new crisis of social exclusion faced by thousands of families and the structural causes underlying it. We also need to investigate how Social Work could respond to such crisis (Lorenz, 2017).

Social policies and their outcomes have an influence on Social Work and related disciplines in terms of how and what intervention models they can use to provide efficient and effective responses to the current social complexities we currently live with from the consideration that social policy and Social Work “are historically intertwined and will surely be in the future” (Alayón, 2010, p.278). Many of these situations have emerged from a lack of accurate diagnoses, policies that are too generic or inappropriate to address them, the absence of preventive strategies, and the inadequate assessment of the outcomes. All these issues are leading to a social emergency of such magnitude and complexity that urgent but not necessarily effective actions have become justified as being the only possible ones. This approach is having the effect of normalizing social anomalies, which are beginning to be viewed as unavoidable (Palma-García, 2019). Social exclusion and inequality need to be addressed by specialized responses capable of reversing them, but instead we are increasingly faced with the normalization and chronicity of social exclusion and inequality.

The present article is positioned within this type of specialized framework and provides data that can help to

understand the current crisis, establish possible links with early trends in European social policies, and identify effective strategies to manage the crisis.

2. From the financial crisis to the health and social crisis.

In 2008, a financial crisis erupted that affected millions of people worldwide. Before the world had recovered from this crisis, the COVID-19 pandemic broke out in the public health sector, with consequences that remain to be seen. Although reports such as the one from the Savings Banks Foundation (FUNCAS) “Social impact of the pandemic in Spain. A preliminary evaluation”, estimated that 280,000 people were in households that had lost their income in the initial months of the pandemic, reaching 1,250,000 who saw their income fall by at least 30%. With sectors such as the elderly that have been affected both at a health level, in terms of care, social services and pensions (Maldonado, 2021).

Little more than a decade apart, both crises have consolidated large areas of vulnerability in people’s lives, generated new vulnerabilities, and highlighted the existence of a social crisis that had remained latent over this period. The 2008 financial crisis had a major economic global impact, leading to a powerful setback in the economic welfare and human rights indicators of many countries. These effects have been denounced by several international bodies. Raquel Rolnik (2009) is a UN Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this setting appealing to human rights in order to enforce the right to housing.

In similar terms, several United Nations resolutions (2009), such as S-10/1 and 11/5, call on all countries to respect their obligations, especially towards the most vulnerable people. It also warns of the consequences that the payment of foreign debt and international financial obligations can have on human rights.

When a country generates and allows social inequality, although this is unjust and harmful to everyone, it is the poorest who suffer most acutely from it (OXFAM, 2014). In the current crisis, inequality is not only affecting the poor, but is also reaching other strata that had never been affected. Thus, there is “a great risk that the progressive increase in inequality will become chronic in the long term” (FOESSA, 2014 p.1) or that inequality will become unbearable for modern societies (García, 2011). In view of this situation, approaches are urgently needed to measure the effectiveness of social policies to guarantee welfare (Terziev, 2019).

The measurement of inequality and poverty provides an accurate readout of the social needs of the moment. Hence, any increase in social inequality is both a warning sign and a wake-up call for public administrations to develop policies to prevent the spread of social exclusion. Moreover, when inequality affects vulnerable sectors, we need to analyse the many dimensions of the social context that explain inequality. As González-Bueno (2014) pointed out a poor minor in Spain is going to be more affected and with greater difficulty in the face of proper nutrition, adequate education, or decent housing.

Inequality is linked to disadvantages or the loss of citizen rights, which can be brought to light by analysing a set of variables that ensure or hinder certain levels of social welfare. Hernández (2013) suggested that these variables are related to measures regarding “income, work, education, health, participation, socio-family relationships, and – of course– housing issues.” (p.120-121). Similarly, Raya (2010) has reiterated that the vital domains to be taken into account in any social analysis are the “economic situation, employment, housing, education, health, and social relationships.” (p.118).

The current health crisis is having an effect on each of these areas, accentuating existing social vulnerability, and challenging Europe’s inadequate social policies in the face of the new challenges that need to be solved (López, 2010). According to Rojo-Gutiérrez and Bonilla (2020), COVID-19 has unmasked people’s low level of well-being, their lack of social and medical coverage, and the lack of mobility and social opportunities: in short, the lack of guarantees of essential Human Rights.

3. The present study.

We conducted a descriptive documentary review study using a sequential design of the assessable indicators of European social policies developed between 2008 and the current moment. Establishing blocks of countries according to the social welfare model, in order to be able to analyze the results between them.

We used data obtained from Eurostat to analyse the indicators of social risk and the lack of protection, including the unemployment rate, risk of poverty and social exclusion, early leavers from education and training, GINI inequality coefficient, overcrowding rate, and housing cost overburden rate. We also analysed the variable expenditure on social protection as an indicator of governmental approaches to social policies. The variables were compared over time using data from Eurostat. The available data for most of the variables were mainly from 2008 to 2019. However, in some cases, the earliest data from Eurostat were from 2009 and the most recent data were from 2018. Variables were also compared by grouping the data according to the different social models defined in Europe. Figure 1 shows the structure of the analysis. Historically, countries within the European Union have followed different social action models that can be grouped by geographic areas. Table 1 show the models and the countries included.

Figure 1. Variables analyzed in their temporal evolution from 2008 to 2019, according to selected countries of the different European social models.

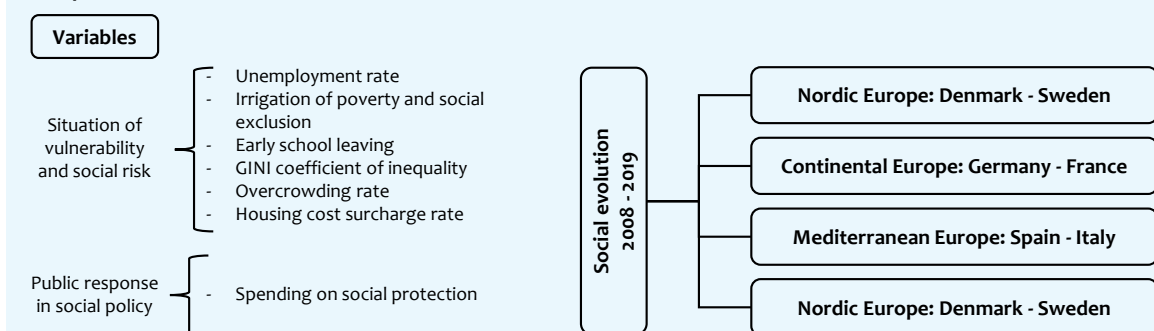


Table 1. Classification of the countries that make up the EU, according to social model.

| Social Model | Country |
|---------------------------|---|
| Nordic Europe (NE) | Denmark, Finland and Sweden |
| Continental Europe (CE) | Germany, Austria, Belgium, France, Holland and Luxembourg |
| Anglo-Saxon Europe | Ireland and UK |
| Mediterranean Europe (ME) | Cyprus, Croatia, Spain, Greece, Italy, Malta and Portugal |
| Eastern Europe (EE) | Bulgaria, Slovakia, Slovenia, Estonia, Hungary, Latvia, Lithuania, Poland, Czech Republic and Romania |

Source: Author’s elaboration based on Hernández & García (2017).

In the present study, each model was analysed by choosing two main countries in each group based on the number of inhabitants. The Anglo-Saxon European group (Ireland and the United Kingdom) was excluded from the study due to the exit of UK from the European Union. Following this criterion, the total population analysed in our study represents more than 50% of the inhabitants of the EU (64.41%) (see Table 2).

Table 2. Countries with the largest population according to social model 2019.

| Countries | Population |
|-----------|-------------|
| Denmark | 5.806.081 |
| Sweden | 10.230.185 |
| Germany | 83.019.213 |
| France | 67.012.883 |
| Spain | 46.937.060 |
| Italy | 60.359.546 |
| Poland | 37.972.812 |
| Romania | 19.414.458 |
| Total | 330.752.238 |
| Total EU | 513.471.676 |
| % | 64,41% |

Source: Author’s elaboration based on Eurostat (2021).

4. Results.

This section presents the data on each of the Eurostat variables under analysis and a temporal comparison of each variable using the current social action models within the EU.

The unemployment rate was defined as the percentage of the active population who were unemployed. The changes found between 2008 and 2019 differ according to the social action models used (see Table 3).

Table 3. Summary of variables analyzed and their values in the previous and final year, as well as the evolution of the time frame studied.

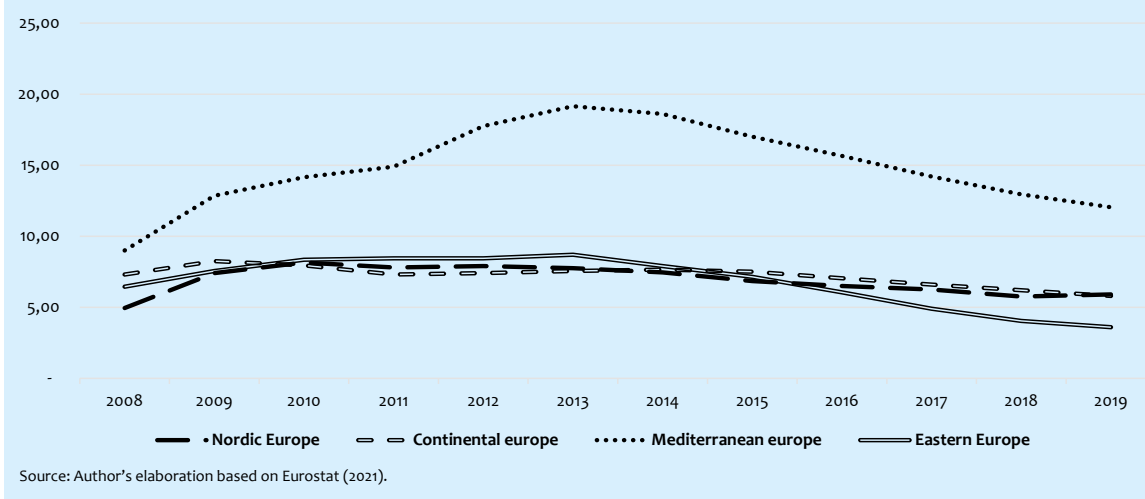
| Social Models | Unemployment | | | Risk of poverty and exclusion | | | GINI | | | Early school leaving | | | Overcrowding | | | Housing cost | | |
|---------------|--------------|------|-------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------|--------|--------------|------|-------|--------------|------|------|
| | 2008 | 2019 | D | 2008 | 2019 | D | 2009 | 2019 | D | 2008 | 2019 | D | 2009 | 2019 | D | 2009 | 2019 | D |
| NE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denmark | 3,7 | 5 | 1,3 | 16,8 | 17 | 0,2 | 26,9 | 27,5 | 0,6 | 12,7 | 9,9 | -2,8 | 7,8 | 10 | 2,2 | 24,2 | 15,6 | -8,6 |
| Sweden | 6,2 | 6,8 | 0,6 | 13,9 | 18 | 4,1 | 26,3 | 27,6 | 1,3 | 7,9 | 6,5 | -1,4 | 12,1 | 15,6 | 3,5 | 10,6 | 9,4 | -1,2 |
| M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | 4,95 | 5,9 | 0,95 | 15,35 | 17,5 | 2,15 | 26,6 | 27,55 | 0,95 | 10,3 | 8,2 | -2,1 | 9,95 | 12,8 | 2,85 | 17,4 | 12,5 | -4,9 |
| CE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Germany | 7,5 | 3,1 | -4,4 | 20,6 | 18,7 | -1,9 | 29,1 | 29,7 | 0,6 | 11,8 | 10,3 | -1,5 | 7 | 7,8 | 0,8 | - | 13,9 | - |
| France | 7,1 | 8,5 | 1,4 | 19 | 17,4 | -1,6 | 29,9 | 29,2 | -0,7 | 11,8 | 8,2 | -3,6 | 9,6 | 7,7 | -1,9 | 4 | 5,5 | 1,5 |
| M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | 7,3 | 5,8 | -1,5 | 19,8 | 18,05 | -1,75 | 29,5 | 29,45 | -0,05 | 11,8 | 9,25 | -2,55 | 8,3 | 7,75 | -0,55 | - | 9,7 | - |
| ME | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spain | 11,3 | 14,1 | 2,8 | 23,3 | 26,1 | 2,8 | 32,9 | 33 | 0,1 | 31,7 | 17,3 | -14,4 | 5,2 | 5,9 | 0,7 | 10,4 | 8,5 | -1,9 |
| Italy | 6,7 | 10 | 3,3 | 26 | 27,3 | 1,3 | 31,8 | 32,8 | 1 | 19,6 | 13,5 | -6,1 | 23,3 | 28,3 | 5 | 7,8 | 8,7 | 0,9 |
| M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | 9 | 12,1 | 3,1 | 24,65 | 26,7 | 2,05 | 32,35 | 32,9 | 0,55 | 25,65 | 15,4 | -10,25 | 14,25 | 17,1 | 2,85 | 9,1 | 8,6 | -0,5 |
| EE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poland | 7,1 | 3,3 | -3,8 | 34,4 | 18,9 | -15,5 | 31,4 | 28,5 | -2,9 | 5 | 5,2 | 0,2 | 49,1 | 37,6 | -11,5 | 8,2 | 6 | -2,2 |
| Romania | 5,8 | 3,9 | -1,9 | 47 | 32,5 | -14,5 | 34,5 | 34,8 | 0,3 | 15,9 | 15,3 | -0,6 | 53,4 | 45,8 | -7,6 | 15,4 | 8,6 | -6,8 |
| M | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | 6,45 | 3,6 | -2,85 | 40,7 | 25,7 | -15 | 32,95 | 31,65 | -1,3 | 10,45 | 10,25 | -0,2 | 51,25 | 41,7 | -9,55 | 11,8 | 7,3 | -4,5 |

Note: D = Difference 2008-2019 / 2009-2019.
Source: Author's elaboration based on Eurostat (2021).

The Eastern and Central European social models showed the greatest reduction in the unemployment rate. For example, during this period, Germany experienced a 4.4-point decrease in the unemployment rate. In contrast, the Mediterranean model showed the largest increase in the unemployment rate, with an average 3.1-point increase compared to the figures for 2008. Although there was a large increase in the unemployment rate in Italy, the increase in Spain (14.1%) remained the highest of all the EU countries analysed in 2019. The Nordic model also showed an increase in the unemployment rate, with an average 0.95-point increase between 2008 and 2019. However, of the four social models, it is noteworthy that the Nordic model showed the lowest value for this variable in 2008. Figure 2 shows a shift in unemployment trends: in 2008, the four social models showed that the unemployment rates, from lowest to highest, were in Nordic Europe, Eastern Europe, Central Europe, and Mediterranean Europe.

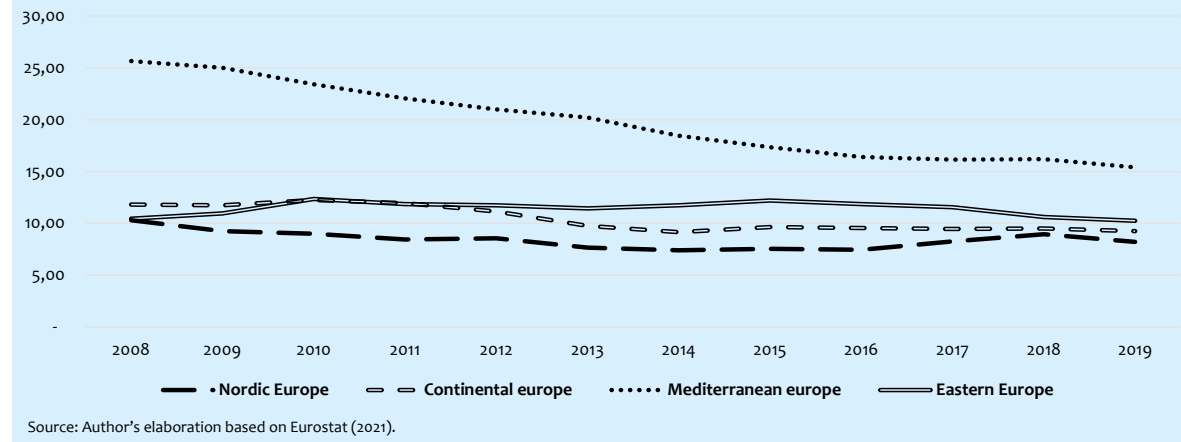
However, in 2019, the lowest values were in Eastern Europe, followed by Central, Nordic, and Mediterranean Europe. Eurostat defines the risk of poverty and social exclusion, as the sum of people at risk of poverty or who are severely materially deprived or living in households with very low work intensity. People are considered at risk of poverty if their disposable income is below the at-risk-of-poverty threshold, which is 60% of the national median equivalised disposable income after social transfers. People who are severely materially deprived have extremely reduced living conditions due to a lack of resources. Finally, households with very low work intensity are defined as those in which working-age adults work less than 20% of their total work potential during the past year (Eurostat, 2021). Table 3 shows that the greatest decrease in the risk of poverty and social exclusion took place in the Eastern European countries, with an average 15-point decrease be-

Figure 2. Annual comparison of average unemployment rate according to social model.



Source: Author's elaboration based on Eurostat (2021).

Figure 3. Annual comparison of means in AET according to models.



Source: Author's elaboration based on Eurostat (2021).

tween 2008 and 2019. However, these countries had the highest values in 2008: thus, despite this decrease, around 25% of their populations remain in a situation of poverty and social exclusion. The Mediterranean countries had levels of just below 25% in 2008, but there had been a slight increase in this variable by the end of the study period. By 2019, Italy had the highest percentage of the population at risk of social exclusion of poverty and social exclusion (27.3%). The only exception to this trend occurred in Romania. This variable decreased in countries following the Central European social model. However, in 2019, the average in these countries was still 18.05%. It is also noteworthy that in the Nordic countries there was deterioration in this variable, with an average 2.15 points increase compared to the figures for 2008. Sweden experienced the greatest increase, with a 4.1-point higher risk of poverty and exclusion compared to the figures for 2008. Generally speaking, by 2019, the Mediterranean countries had replaced the Eastern European countries as having the worst risk of poverty and social exclusion. In relation to this variable, the gap between Central Europe and Nordic Europe narrowed over the study period. Eurostat defines the GINI Inequality Coefficient as the ratio of the cumulative shares of population ranked by equivalised disposable income to the cumulative shares of the total equivalised disposable income they receive (Eurostat, 2021). Table 3 shows that inequality increased in all the countries analysed except in France (Central Europe) and Poland (Eastern Europe), which decreased income inequality by 0.7 and 2.9 points, respectively. Increases in this variable were the highest in the Nordic model countries, which experienced an average 0.95 points increase over the study period. Despite this increase, these countries still showed the lowest GINI index in the years under study. In contrast, the greatest inequality was in Romania and Spain, which in 2019 had GINI coefficients of 34.8% and 33%, respectively. The variable early leavers from education and training is a measure of the percentage of the population aged 18 years to 24 years which has completed at most lower secondary education and is no longer involved in any further education or training. There was a decrease in the rate of early school leavers in all the study areas with the exception of Eastern Europe. Mediterranean Europe had

the highest rate of early leavers, with an average of 10.25 points between 2008 and 2019. It should be borne in mind that the Mediterranean group had the highest dropout rates in 2008, especially Spain with 31.7% of early leavers. The latest data (2019) show that Spain still had the highest rate of early leavers (17.3%) out of all the countries analysed. In general, each group model has maintained a trend towards improvement in this variable, although the relative differences between these countries have remained the same over the study period. In this analysis of social risk, the last 2 variables addressed are the Overcrowding rate and the Housing Cost Overburden rate. The Overcrowding rate is defined as the percentage of the population living in a household that is overcrowded because of the number of people who have to share the available rooms. The Housing Cost Overburden is the percentage of the population living in a household in which the total housing costs account for more than 40% of their disposable income (Eurostat, 2021). Table 3 shows that the overcrowding rate decreased more in the Eastern European countries than in other countries analysed. However, it should be noted that this rate was very high in 2009 and that the overcrowding rate in 2019 remained higher in Eastern Europe than in the other countries. On the other hand, the overcrowding rate increased in both Nordic Europe and in Mediterranean Europe by an average of 2.85 points over the study period. In general, the overcrowding rates remained the same over this period: Central Europe had the lowest rate, followed by Nordic Europe, Mediterranean Europe, and Eastern Europe, which had the highest rate. There was an improvement in the Housing Cost Overburden rate in all the countries analysed except in France (Central Europe) and Italy (Mediterranean Europe) between 2008 and 2019. In Nordic Europe, the mean decrease was 4.9 points less in 2009 than in 2019, followed by Eastern Europe where the mean decrease was 4.5 points less in 2009 than in 2019. According to Eurostat, the indicator for expenditures on social protection between 2008 and 2018 in the countries analysed included social benefits transfers, in cash or in kind, to individuals and households to relieve them of the burden of a defined set of risks or needs. The indi-

ator also includes the administrative costs and other miscellaneous expenditures involved in running this social protection scheme. Table 4 shows that there was an increase in expenditures on social protection during the study period in all the countries analysed. Between 2008 and 2018, social protection expenditures in Central European and Mediterranean countries increased by a mean of 2.6 points and 2.05 points, respectively. In contrast, in Nordic and in Eastern European countries, these expenditures only increased by an average of 0.8 points. Overall, between 2008 and 2018, these changes have been minimal and had little effect on social protection.

5. Discussions.

Currently, social exclusion is experienced by millions of families in Europe. This phenomenon may be explained by the data on the evolution of social risk and lack of social protection indicators between 2008 and 2019. Our study shows that the structural conditions sustaining inequality and disadvantage among the more vulnerable population were the same at the beginning of the current public health crisis (2019) as they were after the 2008 financial crisis and its economic effects in Europe. The GINI index shows that in Mediterranean Europe the rates of unemployment, risk of poverty, social exclusion, and social inequality were similar in 2019 to those during the financial crisis of 2008. The lack of improvement indicated by the 2019 data shows that a worrying percentage of the population are on the threshold of extreme vulnerability. The trend of increasing percentages of the population at social risk was also found in the Nordic countries, although the rate in 2008 was lower than in other European countries. This aspect gives them some room to manoeuvre to design preventive responses and policies to better prevent social risk and exclusion. In the rest of Europe, the data show that these social indicators have undergone a slight positive development. However, there is a clear need to anticipate effective responses to chronic social exclusion. Such measures would help to prevent the current tendency of societies to de-

velop a dynamic that normalizes inequality (García, 2011). Between the crisis of 2008 and 2019, some social policies on this issue were implemented in the EU, but they were insufficient to eradicate chronic inequality. This outcome should be taken as a wake-up call for the urgent need for new approaches to the development of social policies capable of remediating this type of chronicity and avoid the further aggravation of structural issues (Palma-García, 2019).

Nevertheless, we found that, in most of the EU countries analysed, early leaver rates had gradually improved between 2008 and the 2019 health crisis. In fact, there has been marked improvement in the Mediterranean group, particularly in Spain, where the rates for 2008 were a clear sign of the need to develop policies to reduce early education dropout. However, a clear setback to this trend in improvement has been caused by the recent health crisis and its effects on the digital gap and illiteracy among children who have become socially disadvantaged due to the current education system (Kuric et al., 2021). Similarly, indicators related to access to housing and housing conditions should be carefully monitored. The Housing Cost Overburden rate has undergone an overall improvement in most of the European countries, except in France and Italy, where it had increased by 2019. This result suggests the need for policies that reinforce housing rights in the face of the possible impact of the current crisis on access to housing among some population groups.

On the other hand, social protection in Europe has improved, as shown by the increased social expenditures between 2008 and 2019. However, there has been little improvement in the social indicators of inequality and social risk. Therefore, unless social protection is further reinforced, the vulnerable population whose situation has slightly improved in recent years could be at risk of setbacks. In the period analysed, the data show that the so-called European social protection model has not prevented increases in inequality and social risk. This aspect calls for new ways and approaches to the design, imple-

mentation, and assessment of public policies in order to ensure their efficacy. Saltkjel (2018) has suggested that governments must play a greater role in the development of collective welfare resources to address inequalities and meet the needs of the citizens. A state with strong social policies would be in a better position to face any social crisis.

6. Conclusions.

Social Work is committed to the construction of a new social contract (IASSW et al., 2020) and, as such, social services and Social Work should play a leading role in the type of social changes and transformations needed to construct a more just society. Social services are actually an intrinsic part of the parameters established in Title X-Social Policy of the consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union. This treaty legally binds member states to implementing social rights in the EU and it adheres to a strategy defined at the European Council held in Lisbon in 2000. Subsequently, social services were defined as Services of General Interest in the White Paper and Green Paper of 2004 and 2003. Hence, it is essential that Social Work plays a key role in developing and implementing interventions that are capable of reinforcing the social rights and wellbeing of the citizens, while going beyond simple welfare or charity activity. Social Work is the backbone of social interventions and Social Workers should become front-line agents in this setting.

Social Workers are in direct and daily contact with people exposed to highly complex, exclusive, and risky situations, which are a consequence of the social, economic, and health changes that have been brought about by the recent crises. Social interventions should aim at alleviating the deterioration of the welfare state, which is having a negative effect on large numbers of people. This task is challenging because effective and sustainable alternatives for intervention are not always available in an increasingly changing society in which (a) social inclusion is no longer a priority, (b) improving quality of life is being pursued in a rushed manner involving superficial changes rather than targeting the structural roots of social exclusion (i.e. social inequality), and (c) it is increasingly difficult for citizens to live a life of dignity in which their full development is possible.

This study analysed a set of European countries over an 11-year period. We attempted to shed light on how vulnerable populations could be affected by the current crisis by examining and comparing several social variables: poverty, inequality, education, and access to housing. This type of analysis provides valuable information and may become a starting point to make preventive and anticipatory proposals from the perspective of Social Work. This field embraces many different areas and sectors such as social services, the Third Sector, service companies, and education and training at universities and other institutions. All these domains should be in line with the principles and objectives of the Global Agenda for Social Work and Social Development framework for 2020-2030. The leading role of Social Work is particularly needed in the current crisis triggered by the COVID-19 pandemic (Aidukaite et al., 2021). Although expenditures on social protection have increased, the data show that unemplo-

yment, the risk of poverty, the GINI inequality coefficient, and housing conditions have not undergone significant improvements at a structural level. Thus, the current social protection model needs to be reviewed and new approaches need to be implemented. It has become a priority to assign more resources to Social Work and social services as a way to invest in the future of Europe (Council of Europe, 2001). As a discipline, Social Work acquires first-hand knowledge of the poverty, inequality, and social exclusion suggested by the percentages reported in this study. It has also become a priority to work toward strategies of cooperation and coordination that can lead to top-down inclusive formulas capable of increasing social equality. This proposal would involve facilitating an optimum level of personal and social development of all the individuals who make up a society. An effective social struggle is needed that would restore meaning to the construct of the Welfare State.

7. References.

- Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. *Comunicado de Prensa - Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo Social* <https://www.iassw-aiets.org/es/featured/5793-comunicado-de-prensa-agenda-global-para-el-trabajo-social-y-el-desarrollo-social-spanish/> (accessed 6 february 2022)
- Aidukaite, J.; Saxonberg, S.; Szelewa, D. & Szikra D. (2021). Social policy in the face of a global pandemic: Policy responses to the COVID-19 crisis in Central and Eastern Europe. *Social Policy & Administration*, 55 (2), 358-373. <http://dx.doi.org/10.1111/spol.12704>
- Alayón, N., (2010). Política Social y el Trabajo Social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 9(2), 277-285.
- Council of Europe. (2001). *Recommendation Rec(2001)1 of the Committee of Ministers to member states on social workers*. <https://rm.coe.int/native/09000016804d6030>
- European Union. (2003). *Green paper on services of general interest*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003DC0270&from=EN>
- European Union. (2004). *White Paper on services of general interest*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0374&from=EN>
- Eurostat. (2021). *Early leavers from education and training by sex*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SDG_04_10/default/table
- Eurostat. (2021). *Gini coefficient of equivalised disposable income*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TESS190/default/table>
- Eurostat. (2021). *Expenditure on social protection*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00098/default/table>
- Eurostat. (2021). *People at risk of poverty or social exclusion*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tips10/default/table?lang=en>
- Eurostat. (2021). *Overcrowding rate by sex*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TESS1170/default/table>
- Eurostat. (2021). *Unemployment rate by age*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_wc170/default/table?lang=en
- Eurostat. (2021). *Housing cost overburden rate*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm>

Table 4. Evolution of spending on social protection (2008-2018).

| Social Models | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Difference 2008-2018 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| NE | | | | | | | | | | | | |
| Denmark | 30,40 | 34,30 | 34,00 | 33,50 | 33,60 | 34,50 | 34,40 | 33,70 | 32,50 | 31,90 | 31,40 | 1 |
| Sweden | 27,70 | 29,80 | 28,30 | 27,90 | 29,00 | 29,80 | 29,30 | 29,00 | 29,40 | 28,70 | 28,30 | 0,6 |
| M | 29,05 | 32,05 | 31,15 | 30,70 | 31,30 | 32,15 | 31,85 | 31,35 | 30,95 | 30,30 | 29,85 | 0,8 |
| CE | | | | | | | | | | | | |
| Germany | 27,30 | 30,80 | 30,00 | 28,80 | 28,90 | 29,20 | 29,10 | 29,40 | 29,60 | 29,60 | 29,60 | 2,3 |
| France | 30,80 | 33,20 | 33,20 | 33,00 | 33,80 | 34,20 | 34,50 | 34,30 | 34,30 | 34,00 | 33,70 | 2,9 |
| M | 29,05 | 32,00 | 31,60 | 30,90 | 31,35 | 31,70 | 31,80 | 31,85 | 31,95 | 31,80 | 31,65 | 2,6 |
| ME | | | | | | | | | | | | |
| Spain | 21,60 | 24,70 | 24,80 | 25,50 | 25,70 | 26,00 | 25,50 | 24,70 | 23,80 | 23,40 | 23,50 | 1,9 |
| Italy | 26,60 | 28,70 | 28,70 | 28,40 | 29,10 | 29,70 | 29,80 | 29,70 | 29,20 | 28,90 | 28,80 | 2,2 |
| M | 24,10 | 26,70 | 26,75 | 26,95 | 27,40 | 27,85 | 27,65 | 27,20 | 26,50 | 26,15 | 26,15 | 2,05 |
| EE | | | | | | | | | | | | |
| Poland | 19,40 | 20,30 | 19,70 | 18,70 | 18,90 | 19,70 | 19,40 | 19,40 | 21,00 | 20,20 | 19,70 | 0,3 |
| Romania | 13,70 | 16,20 | 17,50 | 16,60 | 15,50 | 14,90 | 14,70 | 14,60 | 14,60 | 14,80 | 15,00 | 1,3 |
| M | 16,55 | 18,25 | 18,60 | 17,65 | 17,20 | 17,30 | 17,05 | 17,00 | 17,80 | 17,50 | 17,35 | 0,8 |

Source: Author's elaboration based on Eurostat (2021).

- 140/default/table?lang=en
- FOESSA. (2014). *Precariedad y Exclusión Social. Avance de resultados de la Encuesta sobre integración y Necesidades Sociales, 2013*. <http://www.foessa2014.es/informe/>
- García, G. (2011). Protección de las personas físicas en situación de quiebra económica. Casas para vivir, no para arruinar la vida. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 97, 9-19
- González-Bueno, G. (2014). Pobreza infantil e impacto de la crisis en la infancia. *Educación y Futuro*, 30, 109-125
- Hernández, M. (2013). Exclusión residencial. In: Hernández M (Coordinador). *Vivienda y exclusión residencial*. Universidad de Murcia, pp.109-139.
- Hernández, M. & García, O. (2017). Social models in Europe: convergence or divergence after the economic crisis?. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 36, 55-71.
- IASSW; ICSW & IFSW (2020). *Draft press release – global agenda for social work and social development*. <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/11/GlobalAgenda-Press-Release.pdf>
- Kuric, S.; Calderón-Gómez, D. & Sanmartín, A. (2021). Educación y brecha digital en tiempos del COVID-19. Perfiles y problemáticas experimentadas por el alumnado juvenil para afrontar sus estudios durante el confinamiento. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 14 (1), 63-84. <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.14.1.18265>
- López, M. (2010). The social dimension of European cohesion policy in a 27 state Europe: an analysis of the European Social Fund. *European Journal of Social Work*, 13(3), 359-373.
- Lorenz, W. (2017). European policy developments and their impact on Social Work. *European Journal of Social Work*, 20(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2016.1185707>
- Maldonado Molina, J. A. (2021). La protección social de los mayores durante la pandemia del Covid-19: Efectos en su asistencia sanitaria, dependencia, servicios sociales y pensiones. *Revista De Estudios Jurídico Laborales Y De Seguridad Social (REJLSS)*, 3, 119-177. <https://doi.org/10.24310/rejls.vi3.13535>
- United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights. *Resolution S-10/1 of 23 February 2009*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/SpecialSession/Session10/S-10-1_en.doc
- United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights. *Resolution 11/5 of 17 June 2009*. <https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11session/A.HRC.11.37.doc>
- OXFAM. (2014). *Even it up*. https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/cr-even-it-up-extreme-inequality-291014-en.pdf
- Palma-García, M. (2019). Las políticas sociales y sus efectos “placebos”: retos para el Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 120, 11-22.
- Raya, E. (2010). Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social. *Documentos de Trabajo Social*, 48, 117-136.
- Rolnik, R. (2009). *Informe de la Relatora Especial sobre la vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado sobre el derecho no discriminación a este respecto*. Naciones Unidas.
- Rojo-Gutiérrez, M.A. & Bonilla, D.M. (2020). COVID-19: La necesidad de un cambio de paradigma económico y social. *CienciAmérica, [S.l.]*, 9(2), 77-88. <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/288>
- Saltkjel, T. (2018). Welfare resources and social risks in times of social and economic change: a multilevel study of material deprivation in European countries. *European Journal of Social Work*, 21(5), 639-652. <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2017.1320525>
- Terziev, V. (2019). Experiencing social policy development and efficiency measurement. *International E-Journal of Advances in Social Sciences*, 5 (13), 298-305. <http://ijasos.ocerintjournals.org/en/pub/issue/44879/531378>



Las personas sin hogar. Retos para la intervención desde el Trabajo Social.

Les persones sense llar. Reptes per a la intervenció des del Treball Social.

Homeless people. Challenges for intervention from Social Work.

José Manuel Díaz González¹ , Paulo Adrián Rodríguez Ramos² 

Resumen

El sinhogarismo es una realidad compleja que requiere de una atención especializada que vaya más allá de la intervención cuando se ha producido la exclusión residencial. Debe contemplarse un cambio de paradigma en la asunción de esta problemática considerando nuevas estrategias y acciones de prevención y promoción de servicios y recursos que proporcionen una atención eficaz, estén dirigidas a minimizar los daños y eviten la cronificación. El Trabajo Social tiene un papel destacado por sus conocimientos, funciones y experiencia como profesión. Se constituye como imprescindible en el diseño de estrategias y planes de intervención, en la investigación y sistematización de la práctica profesional, y en la atención directa proporcionando servicios adaptados. La persona es la principal responsable de su proceso de cambio y debe tener un papel protagonista en su plan de intervención social, siendo acompañada por los y las profesionales que deben facilitar los medios y métodos para que sea una realidad. Por ello, es imprescindible que esta materia sea contemplada en los planes de estudios de los grados universitarios afines, que se diseñen postgrados dirigidos a la especialización en ella y acciones formativas para profesionales orientadas al reciclaje. Asimismo, en los procesos de intervención debe considerarse a la persona en su contexto donde las relaciones con sus iguales y los/las profesionales constituyen oportunidades de socialización, adquisición de habilidades sociales y entrenamiento para facilitar la integración social.

Palabras clave: exclusión social, sinhogarismo, intervención multidisciplinar, Trabajo Social y socialización.

Resum

El sensellarisme és una realitat complexa que requereix d'una atenció especialitzada més enllà de la intervenció, quan s'ha produït l'exclusió residencial. Cal contemplar un canvi de paradigma en l'assumpció d'aquesta problemàtica, considerant noves estratègies i accions de prevenció i promoció de serveis i recursos que proporcionin una atenció eficaç, estiguin dirigides a la minimització de danys i a evitar la cronificació. El Treball Social té un paper destacat degut als coneixements, funcions i experiència com a professió. Es constitueix com a imprescindible en el disseny d'estratègies i plans d'intervenció, en la investigació i la sistematització de la pràctica professional, i en l'atenció directa proporcionant serveis adaptats. La persona és la principal responsable del seu propi procés de canvi i ha de tenir un paper protagonista en el seu pla d'intervenció social, essent acompanyada per els/les professionals, que han de facilitar els mitjans i els mètodes per esdevenir una realitat. Per tot això, és imprescindible que aquesta matèria sigui contemplada als plans d'estudis dels graus universitaris afins, que es dissenyin postgraus adreçats a la seva especialització i també accions formatives per a professionals orientades al reciclatge. Així mateix, als processos d'intervenció cal considerar a la persona en el seu context, on les relacions amb els seus iguals i amb els/les professionals constitueixen oportunitats de socialització, d'adquisició d'habilitats i d'entrenament per facilitar la integració social.

Paraules clau: exclusió social, sensellarisme, intervenció multidisciplinar, Treball Social i socialització.

Abstract

Homelessness is a complex reality that requires specialized attention that goes beyond intervention when residential exclusion has occurred. A paradigm shift should be contemplated in the assumption of this problem, considering new strategies and actions for prevention and promotion of services and resources that provide effective care, minimize damage, and avoid chronification. Social Work has an outstanding role due to its knowledge, functions, and professional experience. It is essential in the design of strategies and intervention plans, in research based on different studies and the systematization of professional practice, and in direct care providing adapted services. The person is primarily responsible for their change process and must have a leading role in their social intervention plan, being accompanied by the professionals who must provide the means and methods to make it a reality. For this reason, it is essential that this matter be contemplated in the curricula of related university degrees, that postgraduate courses be designed aimed at specializing in this matter and training actions for professionals oriented towards recycling. Likewise, in the intervention processes, the person must be considered in their context where relationships with peers and professionals constitute opportunities for socialization, acquisition of social skills and training to facilitate social integration.

Keywords: social exclusion, homelessness, multidisciplinary intervention, Social Work and socialization.

ACEPTADO: 21/11/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Trabajador Social y Coordinador del Servicio Integral de Atención a las Personas Sin Hogar de Santa Cruz de Tenerife. Grupo de Investigación "Conflicto, Convivencia y Mediación" de la Universidad de La Laguna.

²Trabajador Social. Miembro de la junta de gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife. Investigador del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Laguna.

✉ José Manuel Díaz González. Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social. Universidad de La Laguna. jdiazgon@ull.edu.es

1. Introducción.

Asumir el sinhogarismo en cualquier sociedad desarrollada resulta una tarea difícil que requiere de conocimiento, recursos y estrategias para alcanzar el resultado deseado. Se asocia a una sociedad desarrollada aquella donde se tiene el alcance a bienes y servicios diversos, es democrática y participativa, igualitaria y equitativa, y donde la comunidad tiene unas oportunidades y condiciones de vida similares (Márquez Jiménez, 2017). La dificultad a la que se hace referencia se debe a su heterogeneidad, pues se presenta de diferente manera en función del contexto. Igualmente, se vincula a su dinamismo al cambiar a lo largo del tiempo y mostrar matices diferentes, así como a su carácter multidimensional al afectar a diferentes áreas de la persona. También, a su condición multifactorial al estar presentes, interferir e interrelacionarse diferentes factores que deben ser asumidos tanto de manera individual como de forma conjunta. Se está frente a una problemática estructural, puesto que la sociedad está configurada de tal manera que no proporciona las mismas oportunidades para todas las personas, no permite que hagan uso de sus plenos derechos limitando su condición de ciudadanía y genera que determinados sujetos deriven en la extrema exclusión social.

Desde el Trabajo Social se tiene un conocimiento cercano de la exclusión, se comprende cómo se genera y se comporta, y sobre todo cómo se interviene de manera directa para permitir que las personas, grupos y comunidades dispongan de nuevas oportunidades, puedan participar en la sociedad en igualdad de condiciones, superen los perjuicios y necesidades que derivan de la exclusión social y mejoren sus condiciones de vida. La figura de los y las trabajadoras sociales está presente en la mayoría de los recursos y servicios de atención al colectivo, siendo testigos directos de los efectos y la evolución de este fenómeno y actuando día a día en mitigar sus efectos. Dichos/as profesionales se han posicionado como observadores/as directos/as, han sido capaces de diagnosticar las necesidades del colectivo y promover el desarrollo de planes, estrategias y acciones varias dirigidas a dar respuestas eficaces. Sin embargo, todas estas iniciativas han sido ciertamente insuficientes debido al aumento de personas sin hogar, la cronificación de múltiples casos en esta situación y el efecto de “puerta giratoria”. Según el U.S. Department of Housing and Urban Development (2015), una persona que se encuentra cronificada en la situación de sin hogar ha estado en esta realidad un año o más y ha sufrido, al menos, 4 episodios de sinhogarismo durante un período de 3 años.

2. Objetivo y metodología.

2.1. Objetivo.

Resulta esencial indagar en el porqué del sinhogarismo y determinar qué elementos deben tenerse en consideración a la hora de afrontar esta problemática de la sociedad de una manera integrada, consolidada y eficiente, todo ello desde el marco del Trabajo Social.

2.2. Metodología.

Para la localización y recopilación de la información para este estudio de investigación de carácter cualitativo, se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales

fuentes disponibles vinculadas con la exclusión social extrema y sobre la incidencia e influencia del Trabajo Social para afrontar esta problemática. Se han utilizado distintos buscadores científicos y se han consultado manuales, artículos científicos y libros sobre la temática. Se introdujeron las palabras clave, tanto en español como en inglés, contemplando su combinación por el booleano AND. A partir de dicho análisis bibliográfico, se han extraído diversas conclusiones sobre el asunto en cuestión y la necesidad de incorporar algunas mejoras para prestar una atención más ajustada al colectivo.

3. Marco teórico.

El estudio de esta temática implica realizar una aproximación a determinados conceptos y elementos esenciales vinculados con el fenómeno del sinhogarismo que permitan contextualizar y profundizar en esta realidad, así como detectar los aspectos a considerar desde el Trabajo Social para su asunción de una manera óptima y eficaz.

3.1. La exclusión social.

3.1.1. Aproximación a la exclusión social y exclusión residencial.

La exclusión social deriva, generalmente, en la limitación a las personas a nivel individual y colectivo de un conjunto de derechos sociales como el trabajo, la salud, la educación, la economía, la cultura y la política a la que otros colectivos pueden tener acceso y posibilidad de disfrutar, y que acaba por limitar su ciudadanía (García, 2016; Jiménez, 2008). En esta línea, Castells (2001, p. 98) la define como “el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto”. La exclusión social se constituye, por tanto, en una realidad estructural, dinámica, heterogénea, multifactorial y multidimensional (Laparra et al., 2014; Subirats et al., 2005). Y supone la pérdida progresiva de los derechos fundamentales de la ciudadanía en el mundo occidental (García, 2015). En esta línea, cabe destacar que la exclusión residencial, es decir, la falta de vivienda se asocia, generalmente, con una de las características habituales de la exclusión social (Doherty, 2005). Así, se trata de realidades estrechamente vinculadas, siendo la exclusión residencial un elemento predisponente o desencadenante del primero, tal y como sucede con las dificultades de acceso al empleo (Sales, 2014).

3.1.2. Los factores asociados a la exclusión social.

La exclusión social es comprendida como un fenómeno que deriva de causas estructurales y no únicamente de índole individual o causal, por lo que está condicionada por los cambios económicos y sociales característicos de las sociedades del conocimiento (García, 2015). Deriva fundamentalmente de los cambios experimentados en el mercado laboral, la familia, las relaciones sociales y los niveles de cobertura del Estado de Bienestar (Hernández, 2008; Laparra et al., 2007). Este vacío ha sido, en parte, amparado por las redes informales de apoyo que han desempeñado una función protectora básica (Moreno, 2013). En definitiva, la exclusión social es la consecuencia

de una estructura social, política, cultural y económica determinada (Silver, 2007).

Todos estos cambios socioeconómicos conducen a nuevos riesgos sociales y están generando la segregación de la sociedad, dando lugar a subgrupos entre los que se diferencian las personas integradas de aquellas en situación de exclusión social (Jiménez, 2008). Estos factores en muchas ocasiones son el desencadenante para que las personas deriven hacia la modalidad más extrema, la exclusión residencial (Cabrera et al., 2009). Sin duda, la falta de un alojamiento estable y acorde a las necesidades de las personas tiene consecuencias desintegradoras que acrecientan los procesos de exclusión social, suponiendo un aspecto esencial desde el que analizar las necesidades de los individuos y los procesos que se desarrollan en la sociedad (Carbonero, 2012). No en vano, la vivienda es uno de los elementos fundamentales del bienestar y autonomía de los ciudadanos, como lo es también la sanidad, la educación y el trabajo (Olea, 2012). De hecho, se ha constatado que, junto al empleo, la vivienda representa uno de los factores más importantes desde los que parten los procesos de exclusión social (Hernández, 2008).

Las experiencias negativas que viven las personas a lo largo de su vida por factores estructurales o personales tienen una influencia modeladora, de tal modo que, a más factores de riesgo, más elevada es la probabilidad de derivar en la exclusión social (Subirats et al., 2005). Por tanto, los sucesos vitales estresantes tienen una influencia significativa en los procesos de exclusión social y suponen un elemento a tener presente siempre que se estudia este dinámico y cambiante fenómeno (Vázquez et al., 2015). Dichos factores involucrados, en función de los diferentes ámbitos, se concretan en la Tabla 1.

3.1.3. El sinhogarismo como la expresión más extrema de la exclusión social.

Las personas sin hogar experimentan una realidad compleja que suele ser poco comprendida por la sociedad en general, situación que empeora al ser una problemática que se desarrolla y transforma continuamente. En ese sentido, no resulta sencillo buscar el término adecuado para definir y delimitar el sinhogarismo (Cabrera et al., 2009), máxime si se tiene en cuenta que se constituye como un fenómeno social en el que confluyen factores diversos a diferentes niveles, que abarcan desde lo indivi-

dual hasta lo estructural (Gobierno Vasco, 2018). Además, el concepto que se ha empleado para hacer referencia a la situación de las personas sin hogar es el resultado de cada momento histórico (Arza, 2018). Por eso, consensuar este concepto supone tanto la concreción de la terminología como el establecimiento de la intervención y atención que se debe prestar al colectivo (Díaz González, 2021).

La Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan a favor de las personas sin hogar (de ahora en adelante, FEANTSA) las define, de acuerdo con la aportación de Avramov (1995, p. 189), como:

Aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, sea por razones económicas u otras barreras sociales, sea porque presentan dificultades personales para desarrollar una vida autónoma.

Entender y abordar el sinhogarismo como una problemática de origen estructural supone un avance cualitativo en la trayectoria de esta realidad social, la cual ha estado tradicionalmente relacionada con la responsabilidad individual o con las consecuencias de malas decisiones o circunstancias personales.

Asimismo, se deben tener en consideración otras dificultades que cercan a estas personas como el deterioro de la salud física y mental (Panadero y Vázquez, 2016), factores que aparecen progresivamente y que se encuentran condicionados por el tiempo de permanencia en la situación de sin hogar (Castel, 2004), que suelen agravarse cuanto mayor es la permanencia en esta situación. La conjunción e interrelación de estos y otros factores ponen de relieve que las causas de la exclusión son diversas y no se puede explicar mediante un único factor la pérdida del hogar y vivienda, sino que el sinhogarismo se vincula con multitud de procesos. No obstante, el estudio de esta realidad pone de manifiesto la existencia de determinados patrones dentro de la variabilidad de procesos individuales.

Esta realidad queda reflejada en diferentes estudios (Matulic, 2010) que muestran que las personas sin hogar sufren un número excesivo de sucesos estresantes a lo largo de su vida que influyen perjudicialmente a la salud física y mental, a las redes informales de apoyo y a su par-

Tabla 1. Factores desencadenantes de la exclusión.

| ÁMBITOS | FACTORES |
|----------------------------|---|
| ECONÓMICO | Pobreza económica, problemas financieros, dependencia a prestaciones sociales e inexistencia de protección social. |
| LABORAL | Desempleo, subocupación, no calificación laboral o descalificación, imposibilidad de acceso y precariedad laboral. |
| FORMATIVO | Sin escolarizar o sin acceso a la educación obligatoria integrada, analfabetismo o bajo nivel formativo, fracaso escolar, abandono prematuro del sistema educativo y barrera lingüística. |
| SOCIOSANITARIO | Sin acceso al sistema y a los recursos sociosanitarios elementales, adicciones y enfermedades relacionadas, enfermedades infecciosas, trastorno mental, y discapacidades u otras enfermedades crónicas que generan dependencia. |
| RELACIONAL | Deterioro de las relaciones familiares por conflictos o violencia intrafamiliar, escasez o debilidad de redes familiares, limitación de redes sociales, rechazo o estigmatización social. |
| CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN | Acceso restringido a la ciudadanía, privación de derecho por proceso penal y sin participación política y social. |

Fuente: información adaptada de Subirats (2004, p. 159).

ticipación en el tejido productivo, entre otros (FEANTSA, 2008; Fernández, 2009). Estas variables están estrechamente relacionadas con el fenómeno del *sinhogarismo* (Vázquez & Muñoz, 1998) y representan factores de vulnerabilidad que predisponen a esta problemática, que, a su vez, mantiene y retroalimenta el proceso favoreciendo que se pueda experimentar un incremento de dichas situaciones perjudiciales (Huey, 2012). Por otra parte, la disposición de relaciones sociales satisfactorias y la percepción de apoyo entre los miembros de una sociedad contribuyen a la constitución de un ambiente positivo e integrador (Hombrados-Mendieta y Castro-Travé, 2013) y ello también se ve repercutido en el colectivo de personas sin hogar. El apego y el apoyo social son predictores del bienestar psicológico de las personas (Harknett, 2006) y ayudan a reducir el impacto negativo de las experiencias complejas (Musitu et al., 2001). El apoyo social es un factor de gran relevancia que debe ser considerado en el análisis de la realidad de las personas sin hogar, ser estudiado en profundidad y determinar el efecto que tiene la ausencia o deterioro de éste en los procesos de exclusión social para adaptar las estrategias para afrontarla.

3.2. Trabajo Social frente a la extrema exclusión social.

La profesión del Trabajo Social siempre ha estado ligada a la exclusión social y, de manera concreta, al fenómeno del *sinhogarismo*. A lo largo de su historia, se han desarrollado múltiples acciones y estrategias para paliar esta compleja realidad, facilitar el adecuado funcionamiento social y pleno desarrollo de las personas.

3.2.1. La intervención ante el *sinhogarismo*.

A lo largo de la historia el Trabajo Social ha ido adaptándose a la realidad social en la que se encuentran inmersos los y las profesionales y la disciplina (Juan, 2009). La profesión se sustenta en la práctica y una formación académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y el desarrollo de las personas (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2014). Entre sus funciones está la de prevenir la exclusión social y otras situaciones indeseables que afectan a determinadas personas y grupos de la sociedad. También, se desarrollan planes de intervención social consensuados con las personas usuarias para lograr determinados objetivos que contribuyan a un mejor desarrollo personal y funcionamiento social. Promueve igualmente la rehabilitación, contribuye al bienestar y permite la integración social de aquellas personas y colectivos en una posición de desventaja social. Se dirige de la misma manera a analizar e investigar cómo influyen los diferentes factores sociales, cómo surgen y se comportan las distintas realidades sociales (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2001). Ello le permite buscar nuevas formas de enfocar y afrontar las problemáticas vitales, determinando cuáles son los mejores métodos, técnicas, instrumentos, etc., para dar una respuesta efectiva (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2004).

Todos estos aspectos que caracterizan la profesión del Trabajo Social la colocan en una posición aventajada e idónea para comprender y afrontar el fenómeno del *sinhogarismo*, diseñar y desarrollar las estrategias y acciones

requeridas para dar una respuesta adecuada y acompañar de manera eficaz a las personas en su proceso de superación de la extrema exclusión social. Por otra parte, es preciso considerar que los/las profesionales del Trabajo Social se encuentran presentes, de manera mayoritaria, en el sistema de servicios sociales y son quienes atienden, en primera instancia, las situaciones de vulnerabilidad social (Girela, 2017). El *sinhogarismo*, se asume, en un primer momento, desde los servicios sociales comunitarios o de base y, en ocasiones, también desde los servicios de atención a las emergencias sociales. Sin embargo, por su complejidad y especificidad es abordado mayoritariamente desde los servicios sociales especializados (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). En ambos niveles de atención destaca dicha figura profesional, tanto por su presencia mayoritaria frente a otras profesionales como por su amplio conocimiento y experiencia en atender dicha realidad (Las Heras, 2019). De igual manera, ésta también tiene presencia en otros campos donde, de manera directa o indirecta, se atiende a las personas sin hogar como son el ámbito de la salud, la justicia o la vivienda entre otros. Este argumento no va en detrimento de la importancia de contar con la presencia, participación e implicación de otros y otras profesionales y que la intervención se desarrolle desde un enfoque interdisciplinar y en red, siendo imprescindible para dar una respuesta holística, eficaz y ajustada a las necesidades de las personas sin hogar para poder lograr la integración social. No debe perderse de vista que la profesión del Trabajo Social se encuentra frente a una problemática que es heterogénea, dinámica, cambiante, multifactorial, multidimensional y con un marcado carácter estructural, siendo elementos que dejan patente la necesidad de que el *sinhogarismo* sea asumido desde dicha perspectiva.

3.2.2. La prevención del *sinhogarismo* y la implicación del Trabajo Social.

La prevención supone un elemento esencial y debe enmarcarse en las políticas sociales generales y locales dirigidas a alcanzar la plena integración social de las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social como sería el caso de las personas sin hogar (Sánchez, 2010). Por el contrario, este aspecto no ha sido una prioridad en la agenda de los sistemas de protección y la intervención social que se desarrolla desde el Sistema Público de Servicios Sociales. Generalmente, se centra la asistencia a las personas que ya se encuentran en el *sinhogarismo* desde determinados recursos dirigidos al alojamiento, alimentación, duchas, equipos de intervención en calle, etc. (Cabrera et al., 2012).

En la prevención resulta esencial detectar los indicadores de riesgo que predisponen al *sinhogarismo* e implementar las acciones necesarias que eviten esta problemática. Los y las trabajadoras sociales tienen una labor esencial en esta materia como figura primordial del sistema de servicios sociales, tanto desde la intervención directa como desde el desarrollo de políticas públicas ajustadas a esta problemática. Su posición profesional les permitirá el diseño e implementación de estrategias para dar respuesta adecuada al *sinhogarismo*, pero fundamentalmente aquellas enfocadas a la prevención a partir del de-

desarrollo de nuevas metodologías, recursos y acciones. Las administraciones públicas deben poner en marcha actuaciones que sirvan para prevenir y adelantarse al surgimiento del *sinhogarismo*, contemplando estrategias relacionadas con el ámbito de la vivienda, políticas de empleo y educativas, modelos de atención más versátiles y adaptativos, acciones dirigidas a promover la sensibilidad y fomentar el valor de la familia (Busch-Geertsema et al., 2010). Es igualmente importante la coordinación entre los recursos de la red y que se disponga de las dotaciones presupuestarias suficientes para garantizar una correcta atención orientada a la consecución de la integración social (Sánchez, 2010). Los/las profesionales del Trabajo Social siempre han tenido un papel notorio en las administraciones públicas y entidades del tercer sector dirigidas a la atención social, desarrollo y bienestar de la población. A pesar de que su labor ha sido significativa, debe hacerse más incidencia en mejorar las relaciones y la coordinación entre los recursos dado el carácter complejo de la exclusión social y la imperiosa necesidad de dar una respuesta adecuada.

La generalidad de las estrategias ha ido dirigida a detectar, en las primeras fases, los procesos graves de exclusión que pueden desembocar en el *sinhogarismo* y a intervenir proactivamente en estas situaciones. De acuerdo con la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), las líneas de intervención que se han desarrollado en este ámbito se pueden desglosar en tres categorías principales. Una de estas estrategias se dirige a la *mediación* y *asesoramiento* donde se facilitan servicios de orientación a personas con dificultades para la vivienda de manera autónoma y también se media cuando se da alguna controversia que puede derivar en la pérdida definitiva de la vivienda. Otra de las estrategias se enfoca en la *prevención* del *sinhogarismo* entre las personas que terminan los procesos de intervención social y abandonan las instituciones colectivas (prisiones, hospitales, recursos sociales alojativos, etc.). Una tercera estrategia se basa en *dar respuesta a las personas que se encuentran en situación de calle por primera vez* con el propósito de que dure el menor tiempo posible y se reduzcan las secuelas que pudieran derivar de esta situación.

La prevención debe partir de una estrategia que incorpore una perspectiva integral desde las políticas instauradas en los distintos niveles e incorporando a todos los sistemas de protección social con el propósito de facilitar la atención y apoyo que requiera cada persona para alcanzar una inclusión social activa (Sánchez, 2010). De hecho, en la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 se ve necesaria una arquitectura institucional básica para atender al colectivo en todo el territorio nacional, encuadrada dentro del Sistema Público de Servicios Sociales desde donde se pongan en marcha acciones dirigidas a alcanzar un mayor nivel de bienestar y calidad de vida de las personas sin hogar, su inserción social y la prevención del *sinhogarismo*. Se pretende no sólo prestar asistencia básica a las personas sin hogar, sino también contribuir a que este colectivo restaure su proyecto de vida y se reincorporen a una sociedad que debe evolucionar y darles cabida.

Es de gran importancia tener en cuenta determinados factores que posibilitan una respuesta temprana al *sinhogarismo* como es la prontitud de los procesos administrativos, la coordinación interadministrativa y el desarrollo de protocolos de detección (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). De hecho, la primera línea estratégica de la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 versa sobre la prevención de las causas del *sinhogarismo* en situaciones de riesgo, entendiendo este fenómeno como el conjunto de varios factores como la pobreza de la familia de origen, presencia de patologías mentales, adicciones, desempleo, rupturas familiares, aislamiento social y/o procesos de convalencias sin apoyo social (Edgar, 2009). Es evidente que, al actuar sobre estos factores de forma preventiva, se podría evitar que estos degeneren en una situación de pérdida del hogar, siendo necesario para ello la recuperación y el fortalecimiento de los vínculos familiares, el establecimiento de servicios de asesoramiento y apoyo para evitar la pérdida de vivienda, conservar las redes diferenciadas de atención a emergencias sociales y la atención a personas sin hogar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). En este punto, el Trabajo Social tiene un papel destacado, siendo la profesión y sus profesionales precursores, en gran medida, de las acciones necesarias para prevenir, tratar y mitigar los efectos del *sinhogarismo* y todos los aspectos perjudiciales que se relacionan con este fenómeno.

3.2.3. Los centros alojativos para personas sin hogar como espacios de sociabilización y educación que facilitan la incorporación a la sociedad.

Los recursos dirigidos al colectivo de personas sin hogar contemplan habitualmente diversos servicios para dar cobertura a sus necesidades básicas. Entre ellos, facilitar un alojamiento, valorar las necesidades individuales, proporcionar información y orientación, y/o se llevan a cabo itinerarios individualizados de intervención dirigidos a la integración social (Cabrera, 2000). Éstos se constituyen como espacios de convivencia donde las personas pueden recibir una atención especializada orientada a mejorar sus habilidades, estado de salud, nivel de formación, empleabilidad, etc. que haga factible dicho propósito. Por tanto, estos servicios en general y, más concretamente los de tipo alojativo donde se presta además una atención social individualizada, se constituyen como un “trampolín” desde el que las personas pueden impulsarse para alcanzar soluciones permanentes que les permitan cambiar su realidad (FEANTSA, 2008). Este escenario supone, por tanto, una oportunidad para el entrenamiento de las habilidades sociales básicas y otras esenciales para la convivencia, la adquisición de destrezas para afrontar la vida autónoma, la rehabilitación psicosocial, la reconstrucción de las redes informales de apoyo y la mejora en las diferentes dimensiones sociales que se ven afectadas habitualmente por la problemática del *sinhogarismo* y, todo ello, bajo la supervisión y acompañamiento de profesionales de diferentes disciplinas. El Trabajo Social tiene, en este ámbito, un papel destacado por su trayectoria y vinculación tradicional a la exclusión social, por su acción en contra de esta problemática, por su conocimiento e incidencia en los factores de riesgo a nivel biopsicosocial que influyen en esta realidad, por su

experiencia en la intervención social frente al sinhogarismo y por sus métodos, técnicas e instrumentos para la búsqueda de respuestas ante este fenómeno. En estos espacios se dan relaciones a diferentes niveles, destacándose la que se genera fundamentalmente entre las personas usuarias y entre éstas y las profesionales que intervienen. Las relaciones interpersonales que se desarrollan entre los sujetos que conviven en estos contextos se van transformando de forma constante debido a las experiencias individuales, las expectativas creadas y las atribuciones causales que se realicen (Díaz González, 2021). Así, donde se dan relaciones interpersonales ineludiblemente surge el conflicto de manera natural (Castilla y González, 2011; Muñoz, 2004). Éste aparece cuando se dan diferentes interpretaciones de una misma situación, se entiende una realidad de forma distinta o se realiza una atribución personal a un hecho (Fernández et al., 2012), que, además, está influenciado por diversas variables como es el contexto, las personas y el problema (Entelman, 2002). En esta línea, Vinyamata (1999) relaciona el conflicto con la interpretación de intereses, percepciones o actitudes entre diferentes personas a las que se le puede atribuir una perspectiva negativa o positiva, lo cual podrá facilitar o no que se gestione de manera favorable por las personas implicadas.

Estas relaciones están igualmente condicionadas al producirse dentro de una institución en la que existen normas determinadas e impuestas por las administraciones públicas. Asimismo, existe la expectativa y se exige que las personas mantengan comportamientos y convivan de una manera concreta (Díaz González, 2021). Todos estos elementos generan que se constituya como un escenario complejo de relaciones que debe ser gestionado de manera consciente para procurar una convivencia satisfactoria, el buen funcionamiento del centro y el desarrollo pleno de las personas que cohabitan en éste (Giménez, 2005). Por tanto, los/las profesionales que contribuyen a que prospere la cultura de la paz y se haga una gestión eficiente de los conflictos deben promover que sea analizado por las partes involucradas y que reconsideren sus perspectivas, las cuales suelen estar condicionadas por las emociones, concepciones, supuestos, sospechas y desconfianzas (Engel & Korf, 2005). Una convivencia estable y respetuosa con las otras personas y con los procedimientos para asumir los conflictos conlleva la promoción y adaptación de conductas y actitudes hacia el objetivo perseguido. Igualmente, supone un proceso de aprendizaje, tolerancia y acomodo a las normas acordadas que regulen los conflictos para procurar el bienestar general (Jiménez, 2005). Aceptar el conflicto nos proporciona una amplia capacidad de comprensión de la realidad que vivimos y afrontarlo desde una perspectiva constructiva puede ser un signo de calidad de vida (Muñoz, 2004).

Dicha educación debe ser entendida como la enseñanza y el aprendizaje de actitudes y valores que habilitan a la persona para ser un ciudadano activo, defender sus derechos, funcionar de acuerdo con sus valores y contribuir al desarrollo del bien común (González, 2014). En este proceso educativo la persona debe adquirir ciertas competencias básicas vinculadas con la autonomía personal, la conciencia de los derechos de los demás, construir el sentimiento

de colectividad con otras personas con los que tiene proyectos en común y la responsabilidad de contribuir al bien común (Cortina, 1995). Resulta esencial igualmente el aprendizaje socioemocional, saber gestionar los sentimientos propios e interpretar los de los demás, lo cual genera que se sientan más satisfechas y capaces de relacionarse apropiadamente y de alcanzar un mejor ajuste social, académico y laboral (Goleman, 1996). En este sentido, las funciones conferidas a los y las trabajadoras sociales y la formación de base que reciben hacen que dichas figuras cuenten con los conocimientos, destrezas y competencias para educar en diferentes materias, promover la adecuada convivencia en este entorno, fomentar que se construyan relaciones sanas, gestionar los conflictos de una manera satisfactoria inculcándolo en las personas usuarias y prestar una atención centrada en la persona que permita un correcto desarrollo y funcionamiento social. Cabe destacar del mismo modo la función preventiva asociada a los y las trabajadoras sociales, dirigida a la actuación precoz sobre las causas que provocan las dificultades individuales y colectivas que se desprenden de las relaciones humanas y del entorno social a partir del desarrollo de múltiples acciones. Por otra parte, es igualmente significativa la función de mediación donde dicha figura posibilita el contacto, la comunicación y gestión del conflicto entre las partes implicadas para tratar de alcanzar una solución beneficiosa para ambas partes (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2004; Ander Egg, 1984). No obstante, el éxito de las intervenciones que desarrollen estos profesionales no dependerá únicamente de la disposición de unos conocimientos de base, sino que se requiere de una formación y entrenamiento específico en dichas materias.

4. Discusión y conclusiones.

Desde el Trabajo Social se acompaña a las personas en su proceso de recuperación e integración social. Para ello es importante la creación de una relación terapéutica, promover el descubrimiento y destacar las potencialidades individuales, a veces ocultas y desconocidas para la propia persona. También, se centra en orientar y apoyar en la toma de decisiones, y reconstruir los vínculos con las redes informales y formales de apoyo. Igualmente, se enfoca en ayudar a la persona en su rehabilitación y contribuir al desarrollo y entrenamiento de las habilidades y estrategias. Los y las profesionales facilitan del mismo modo el acceso a recursos y prestaciones sociales. De acuerdo con García (2011), la persona debe ser tratada de manera exclusiva, pues sus características y experiencias así lo van a determinar.

Es imprescindible tomar conciencia de que la persona en situación de exclusión social extrema presenta la acumulación de carencias, sucesos, problemáticas y determinadas circunstancias a lo largo de su vida desde la perspectiva personal, social, material y/o estructural. Todo ello conduce a la realidad que vive la persona y a las diversas dificultades que afronta ante su situación actual y que debe enfrentar para superar el sinhogarismo. Todos esos factores de alta complejidad hacen que sea necesario disponer de una adecuada formación, experiencia y destrezas para atender a esta realidad con el nivel

de competencia que se requiere y poder obtener los resultados deseados.

El Trabajo Social es un marco desde el que se debe promocionar la constitución de una red sólida de atención al sinhogarismo, donde se disponga de una adecuada diversidad de servicios que atiendan las diferentes necesidades y se establezcan sinergias y metodologías claras de intervención conjunta entre los recursos de la red. Igualmente, es importante disponer de equipos profesionales dotados y especializados en la materia que den respuesta a las distintas realidades dentro del colectivo. Resulta esencial promover la sistematización de la práctica profesional y la investigación en el campo, revisar y actualizar las teorías y las metodologías existentes, diseñar herramientas específicas para el diagnóstico y la intervención, y actuar desde la mejor evidencia científica disponible. De la misma manera, se debe divulgar y poner a disposición de la comunidad científica los resultados de la práctica profesional y la investigación, promoviendo el conocimiento y el desarrollo en la atención al colectivo. La atención a las personas sin hogar requiere de una amplia formación y especialización por parte de los/las profesionales que intervienen con el colectivo debido a su complejidad y a la multitud de factores y situaciones presentes en esta problemática. Actualmente, las personas que constituidas como expertas son las que se han desarrollado profesionalmente durante una larga temporada en este campo, adquiriendo su aprendizaje fundamentalmente de la práctica profesional y alguna formación complementaria. Los y las trabajadoras sociales son indiscutiblemente la figura profesional de mayor presencia dentro del sistema de servicios sociales y están formados/as y entrenados/as en la atención ante la exclusión social, siendo la que la soporta en mayor medida. De igual modo, cuando se habla de exclusión residencial se requiere de cierto avance cualitativo en la investigación y práctica profesional para ganar en eficiencia y proporcionar respuestas ajustadas a las diferentes realidades sociales. Es imprescindible seguir trabajando en la incorporación de contenidos y asignaturas sobre esta problemática de forma concreta en la formación de grado de Trabajo Social. Incluso sería esencial plantear postgrados dirigidos a la intervención ante la exclusión social extrema y/u otras formaciones complementarias de especialización para profesionales. A pesar de la amplitud de contenidos sobre esta temática que se integra desde una perspectiva teórica en la formación básica de los y las trabajadoras sociales, no se aborda con la suficiente profundidad ni desde un enfoque práctico orientado a la aplicación de estrategias efectivas para su abordaje. Dicha formación debe contemplar la prevención, detección y atención temprana de las situaciones de sinhogarismo como paso inicial para evitar y reducir esta problemática. La prevención necesita, tal y como se pone de relieve en la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), de instrumentos de detección de la falta de vivienda desde los diferentes servicios e instituciones, adelantarse a los problemas que emanan de la pérdida de la vivienda y ejecución de acciones que promuevan la recuperación del capital social y proporcione la información necesaria a las personas afectadas.

5. Bibliografía.

- Ander Egg, E. (1984). *¿Qué es el Trabajo Social?*. Humanitas.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004). *Libro de Grado Título de Grado en Trabajo Social*.
- Arza, J. (2018). *II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la Exclusión Social en Navarra*. Universidad Pública de Navarra.
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s*. FEANTSA.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, B., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010). *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*. FEANTSA.
- Cabrera, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar (Vol. 5)*. Madrid: Cáritas Española.
- Cabrera, P., Sánchez, A., y Muñoz, M. (2012). *Activando redes sociales. Un estudio para la prevención del sinhogarismo*. Asociación Realidades para la Integración Social.
- Cabrera, P., Rubio, M., y Blasco, J. (2009). *¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana*. Fundación Caixa Catalunya.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001). *Estatuto de la Profesión de Diplomado/a en Trabajo Social/Asistente Social*.
- Carbonero, D. (2012). *Procesos e itinerarios en las personas sin hogar*. Universidad Rey Juan Carlos.
- Castel, R. (2004). *Encuadre de la exclusión*. En S. Karsz, *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Editorial Gedisa.
- Castells, M. (2001). *La era de la información*. Alianza Editorial.
- Castilla, J., y González, M. (2011). *Mediación penitenciaria*. Jerez. <http://es.slideshare.net/ppenitenciariajerez/mediacin-penitenciaria>
- Cortina, A. (1995). La educación del hombre y del ciudadano. *Revista Iberoamericana de Educación*, 7, 41-63. <https://doi.org/10.35362/rie701199>
- Díaz González, J.M. (2021). *La realidad en ámbitos de exclusión social: análisis del conflicto sobre las personas sin hogar* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de La Laguna.
- Doherty, J. (2005). El origen del sinhogarismo: perspectivas europeas. *Documentación Social* (138), 41-61.
- Edgar, B. (2009). *European Review of Statistics on Homelessness*. FEANTSA.
- Engel, A. & Korf, B. (2005). Analyzing conflict. In negotiation and mediation techniques for natural resource management. *Food and Agriculture Organization (FAO)*, 93-108.
- Entelman, R. (2002). *Teoría de Conflictos: Hacia un nuevo paradigma*. Gedisa.
- FEANTSA. (2008). *El papel de la vivienda en el sinhogarismo. Alojamiento y Exclusión residencial*. Thorpe European Services.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). *Definición Global del Trabajo Social*. Asamblea General de la FITS en Melbourne.
- Fernández, M. (2009). Informe monográfico a la Junta

- General del Principado de Asturias. Las Personas Sin Hogar en Asturias. *Institución de la Procuradora del Principado de Asturias*.
- Fernández, M., Hierro, E. d., y Archilla, M. (2012). Mediación Penitenciaria. Una nueva propuesta para mediar en una cárcel de mujeres. *Revista de mediación* 10, 39-43.
- García, G. (2011). *I Jornada técnica sobre intervención social con personas sin hogar*. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- García, O. (2015). *Exclusión social y residencial: Medición y análisis*. Universidad de Murcia.
- García, J. (2016). La exclusión como pérdida de la condición de ciudadanía y de los derechos humanos sociales básicos. *Bauru*, 4(2), 181-199.
- Giménez, C. (2005). Convivencia: conceptualización y sugerencias para la praxis. *Puntos de Vista: Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y la Convivencia Interculturalidad de la Ciudad de Madrid*, 1, 7-31.
- Girela, B. (2017). El Trabajo Social y los Servicios Sociales en España: El precio del neoliberalismo. *ReiDoCrea* (6), 95-114. <https://doi.org/10.12800/ccd.v12i36.950>
- Gobierno Vasco. (2018). *Estrategia Vasca para Personas Sin Hogar*. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. <https://www.sisis.net/es/investigacion/ver-estudio/533/>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- González, T. (2014). La educación cívica en España: Retrospectiva y perspectiva. *Revista História da Educação*, 18(42), 115-130. <https://doi.org/10.1590/S2236-34592014000100007>
- Harknett, K. (2006). The relationship between private safety nets and economic outcomes among single mothers. *Journal of Marriage and Family*, 68(1), 172-191. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00250.x>
- Hernández, M. (2008). *Exclusión social en la Región de Murcia*. Editum.
- Hombrados-Mendieta, I., y Castro-Travé, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales de Psicología*, 29(1), 108-122. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.123311>
- Huey, L. (2012). *Invisible victims: Homelessness and the growing security gap*. University of Toronto Press.
- Jiménez, C. (2005). Convivencia: conceptualización y sugerencias para la praxis. *Puntos de Vista: Cuadernos de las Migraciones y la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid*, 1, 7-31.
- Jiménez, M. (2008). Ensayos aproximación teórica de exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos XXXIV*, 173-186.
- Juan, E.M. (2009). Vulnerabilidad, exclusión social, desigualdad y ciudadanía. El trabajo social ante situaciones de desigualdades estructurales. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 45, 49-57.
- Laparra, M., Zugasti, N., y García, I. (2014). Reflexiones metodológicas en el análisis de la exclusión social. *Documento de Trabajo Social*. Fundación FOESSA.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J. y Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-57.
- Las Heras, M.P. (2019). *Trabajo Social y Servicios Sociales. Conocimiento y Ética*. Ediciones Paraninfo, S.A. y Consejo General del Trabajo Social.
- Márquez Jiménez, A. (2017). Educación y desarrollo en la sociedad del conocimiento. *Perfiles Educativos*, 39(158), 3-17. <https://doi.org/10.22201/issue.24486167e.2017.158.58635>
- Matulic, M. (2010). Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad. (C.P. Málaga, Ed.) *Documentos de Trabajo Social (DTS). Revista de Trabajo Social y Acción Social de Málaga*, 48, 9-30.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Gobierno de España.
- Moreno, L. (2013). *La Europa asocial. Crisis y estado de bienestar*. Ediciones Península.
- Muñoz, F. (2004). Qué son los conflictos. En B. Molina, y F. Muñoz, *Manual de paz y conflictos* (págs. 141-170). Universidad de Granada.
- Muñoz, M., Pérez, E., y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación psicosocial*, 1(2), 64-72. <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-intervencion-con-personas-sin-hogar-13073463>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. Síntesis.
- Olea, S. (2012). Vivienda: ¿derecho o regalo? En F. FOESSA-Cáritas, *Exclusión y desarrollo social. Análisis y perspectivas*. Fundación FOESSA-Cáritas.
- Panadero, S., y Vázquez, J. J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situación de las personas sin hogar y en riesgo de exclusión social en Madrid*. Universidad de Alcalá.
- Sales, A. (2014). Crisis, empobrecimiento y personas sin hogar. *Dossier Catalunya Social. Mesa de entidades del Tercer Sector Social de Catalunya*. <https://www.tercersector.cat/es/node/7577>
- Sánchez, M.R. (2010). Las personas sin hogar en España. *Revista de Educación Social*, 14, 21-42. <https://www.tercersector.cat/es/node/7577>
- Silver, H. (2007). The process of social exclusion: the dynamics of an evolving concept. *CPRC Working*, 95. <https://gsdrc.org/document-library/the-process-of-social-exclusion-the-dynamics-of-an-evolving-concept/>
- Subirats, J. Gomá, R., y Brugué, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Fundación BBVA. <https://www.fbbva.es/publicaciones/analisis-de-los-factores-de-exclusion-social/>
- Subirats, J. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. *Colección Estudios Sociales*, 16, 19.
- U.S. Department of Housing and Urban Development (2015). *Homeless Management Information System*. <https://www.hudexchange.info/hmis/>
- Vázquez, C., & Muñoz, M. (1998). Homelessness in Spain: psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 7(1), 7-26. <https://journals.copmadrid.org/pi/issue/1998/7/1>
- Vázquez, J., Panadero, S., & Martín, R. (2015). Regional and national differences in stressful life events: the role of cultural factors, economic development and gender. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85, 392-396. <https://doi.org/10.1037/ort0000029>
- Vinyamata, E. (1999). *Manual de prevención y resolución de conflictos: conciliación, mediación, negociación*. Ariel.



Diabetes Mellitus y envejecimiento: implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores.

Diabetis Mellitus i envelliment: implicacions de l'autocura per a la salut en dones adultes grans.

Diabetes Mellitus and aging: implications of self-care for health in older adult women.

Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz¹ , Martha Leticia Cabello Garza² 

Resumen

El objetivo de este trabajo es conocer desde la perspectiva del adulto mayor los conocimientos y aprendizajes sobre el autocuidado para la salud en la etapa inicial del tratamiento de la Diabetes Mellitus. El enfoque de investigación cualitativo permitió analizar los datos proporcionados por 12 mujeres mayores de 60 años a través de entrevistas semi-estructuradas. Todas ellas contaban con seguridad social y fueron seleccionadas por muestreo intencional. Los resultados mostraron que ellas reconocieron algunos signos y síntomas de la enfermedad cuando fueron diagnosticadas. De este modo, el haber participado en el cuidado de un familiar con Diabetes Mellitus permitió que las mujeres adquirieran conocimientos y aprendizajes generales de la enfermedad, sobre todo en lo referente al medicamento, la alimentación saludable y sobre la práctica de la actividad física. Los conocimientos científicos que se generan respecto al autocuidado para la salud desde el momento del diagnóstico de la enfermedad contribuyen a facilitar, o bien a obstaculizar, el cambio hacia comportamientos saludables, reconociendo que las personas son agentes activos en la toma de decisiones de salud; resultando indispensable el apoyo de un equipo especializado multidisciplinario donde la participación activa del profesional del Trabajo Social es esencial para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y la promoción de la salud.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Trabajo Social, autocuidado para la salud, mujeres adultas mayores, investigación cualitativa.

Resum

L'objectiu d'aquest treball és conèixer des de la perspectiva de l'adult major els coneixements i aprenentatges sobre l'autocura per a la salut en l'etapa inicial del tractament de la Diabetis Mellitus. L'enfocament de recerca qualitatiu va permetre analitzar les dades proporcionades per 12 dones majors de 60 anys a través d'entrevistes semiestructurades. Totes elles comptaven amb seguretat social, i van ser seleccionades per mostreig intencional. Els resultats mostraren que van reconèixer alguns signes i símptomes de la malaltia quan van ser diagnosticades. D'aquesta manera, haver participat en la cura d'un familiar amb Diabetis Mellitus va permetre que les dones adquirissin coneixements i aprenentatges generals de la malaltia, sobretot referent al medicament, l'alimentació saludable i sobre la pràctica de l'activitat física. Els coneixements científics que es generen respecte a l'autocura per a la salut, des del moment del diagnòstic de la malaltia, contribueixen a facilitar, o bé a obstaculitzar, el canvi cap a comportaments saludables, reconeixent que les persones són agents actius en la presa de decisions de salut; resultant indispensable el suport d'un equip especialitzat multidisciplinari on la participació activa del professional del Treball Social és essencial per a la prevenció de malalties cròniques no transmissibles i la promoció de la salut.

Paraules clau: Diabetis Mellitus, Treball Social, autocura per a la salut, dones adultes grans, recerca qualitativa.

Abstract

The purpose of this study is to know, from the perspective of the elderly, the knowledge and learning about self-care for health in the initial stage of the treatment of Diabetes Mellitus. The qualitative research approach allowed us to analyze the data provided by 12 women over 60 years old through semi-structured interviews. All of them had social security, they were selected by intentional sampling. The results showed that they recognized some signs and symptoms of the disease when they were diagnosed. In this way, having participated in the care of a family member with Diabetes Mellitus allowed the women to acquire general knowledge and learning about this disease, especially regarding medication, healthy eating, and the practice of physical activity. The scientific knowledge that is generated regarding self-care for health since the moment the disease is diagnosed, contributes to facilitating or hindering the change towards healthy behaviors, recognizing that people are active agents in health decision-making. The support of a specialized multidisciplinary team is very important, where the active participation of the Social Work is essential for the prevention of chronic non-communicable diseases and the promotion of health careem.

Keywords: Diabetes Mellitus, Social Work, self-care for health, older adult woman, qualitative research.

Cuevas Muñiz, B.L. y Cabello Garza, M.L. (2023). Diabetes Mellitus y envejecimiento: implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 40-48. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40736>

ACEPTADO: 04/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

² Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

✉ Martha Leticia Cabello Garza. marthacabello1@gmail.com

1. Introducción.

La Diabetes Mellitus es una de las principales enfermedades crónico-degenerativas que genera numerosos problemas de salud y de índole social en las diversas sociedades del siglo XXI. Las defunciones a causa de esta enfermedad se presentan en todos los grupos de edad, aunque se registra un mayor número en la población de las personas adultas mayores. Las estrategias de salud se fundamentan en la educación del autocuidado para la salud que tiene por objetivo que la persona sea capaz de mantener una vida óptima aún con la presencia de la enfermedad (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2018; Pupo-Cejas et al., 2021). De este modo, el autocuidado debe proporcionar conocimientos y aprendizajes sobre los factores de riesgo hereditarios, biológicos y socioculturales de las enfermedades. Por medio de temas relacionados a la nutrición, la salud mental, los riesgos de automedicación, el uso adecuado de los servicios de salud, entre otros temas (Pupo-Cejas et al., 2021) con el propósito de desarrollar habilidades para prevenir, tratar y controlar enfermedades, especialmente cuando la persona vive una enfermedad crónico-degenerativa que requiere un tratamiento médico durante toda la vida (DOF, 2018). Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el autocuidado es “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (OMS, 2022, p. 9). Esta práctica refleja los factores que influyen en la salud para mantener la autonomía e independencia en las diferentes etapas de la vida, por lo que los aspectos sociales como la actividad laboral, el ingreso y el gasto económico, la seguridad alimentaria, el acceso a los servicios de salud, y el contexto sociocultural como selección y preparación de alimentos, práctica de actividad física, actividades recreativas, aceptar o rechazar la enfermedad, estereotipos y roles de género, entre otros aspectos, toman relevancia para estudiar el autocuidado de la salud (Alarcó et al., 2019).

A nivel mundial se determinó que había 463 millones de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus en el año 2019 y se estimó de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía que esta cifra se incrementaría a 700 millones en el año 2045 (INEGI, 2021). También se registró que alrededor del mundo 1.5 millones de personas perdieron la vida en el año 2019 a consecuencia de esta enfermedad identificando que el 48% de las defunciones eran personas que tenían menos de 70 años, por lo que representa un alto porcentaje de muertes prematuras (OMS, 2021).

En el año 2020 durante la pandemia, en la población general mexicana se registraron 151,019 defunciones a consecuencia de la Diabetes Mellitus destacando que de ese número de defunciones el 52% pertenecían al género masculino y el 48% al género femenino. Este registro de mortalidad representa el 14% de todas las defunciones en la población general a nivel nacional. En cuanto a la tasa de mortalidad de la Diabetes Mellitus en ese mismo año se determinó que fue de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes siendo esta cifra la más alta en los últimos 10 años (INEGI, 2021). Estas defunciones se presentan en to-

dos los grupos de edad, aunque se registra un mayor número en la población de las personas adultas mayores. Es importante destacar que la presencia del coronavirus SARS-CoV-2 se ha posicionado como un factor de riesgo que incrementa la muerte prematura en las personas que padecen Diabetes Mellitus, porque origina diversas complicaciones respiratorias que tienden a agravar los síntomas de esta enfermedad crónica. Se estima que durante el periodo marzo de 2020 a marzo 2022 el 36.70% de las defunciones a consecuencia de este virus habían sido diagnosticados previamente con Diabetes Mellitus, convirtiéndose en la segunda comorbilidad asociada a las defunciones a consecuencia del coronavirus SARS-CoV-2. La primera es la hipertensión arterial y la tercera es la obesidad con el 44.19% y 20.80% de las defunciones, respectivamente, según lo publicado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, 2022). Este virus indudablemente incrementó la muerte prematura, principalmente en las personas adultas mayores porque se registró que en ese mismo periodo de tiempo 199,235 personas de 60 y más años (60.1% hombres y 39.9% mujeres) habían fallecido a consecuencia de este virus representando el 62.1% de las defunciones entre todos los grupos de edad.

En los aspectos de género se reconoce que esta práctica del autocuidado es mayor en las mujeres porque en ellas recae en mayor medida la responsabilidad del cuidado de la salud familiar, particularmente cuando conviven con una persona diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa (López-Escobar et al., 2021). Las mujeres invierten hasta cuatro horas más, en comparación con los hombres, en este tipo de cuidado, ocasionando que sean más susceptibles a desarrollar enfermedades de riesgo coronario por el estrés que trae consigo este tipo de cuidado y limitaciones en el desarrollo personal y profesional (INEGI, 2019).

Con el fin de asegurar el establecimiento de un conocimiento actualizado sobre la práctica de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022) se ha comprometido a desarrollar e incorporar el enfoque del curso de vida, sobre todo para atender problemáticas de salud como enfermedades no transmisibles, cambiando el paradigma en la construcción de la salud. Esta visión entiende la importancia del desarrollo de capacidades que permitan a los individuos actuar de acuerdo con las expectativas y demandas del entorno. Las personas adultas mayores que padecen una enfermedad crónica degenerativa como lo es la Diabetes Mellitus pueden entender que la salud es un componente clave para el desarrollo humano, que cambia a lo largo de la vida y que nunca es demasiado tarde para mejorarlo.

Una de las enfermedades crónicas que particularmente se presentan con mayor frecuencia en la etapa de vejez es la Diabetes Mellitus. De acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes [FID] (2019), esta enfermedad tiene una alta prevalencia entre las mujeres adultas mayores, porque se asocia a una feminización de la vejez, en donde éstas enfrentan la agudización de los problemas a consecuencia de las desigualdades estructurales de género experimentadas a lo largo de su vida (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2022).

Una de las teorías de la vejez que puede ayudar al enten-

dimiento de los factores ambientales, personales y las conductas que interactúan con el proceso de aprendizaje, es la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1986). Esta teoría supone que los factores personales, como serían las creencias, las expectativas, las actitudes y los conocimientos entran en juego cuando se pretende enseñar nuevas conductas. Hay que reconocer que hay períodos críticos en las etapas de la vida, en los que la exposición a factores ambientales puede ser nociva, sin embargo se entrelaza la forma de pensar, sentir, actuar, y entender, lo cual configura las condiciones del presente en su estado general de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Son tres las variables que entran en juego en la teoría social cognitiva de Bandura (1986): la autoeficacia, que es la confianza que poseen las personas en sus habilidades para realizar una tarea con éxito; las expectativas de resultados que están muy relacionadas con las creencias acerca de lo que ocurrirá en el rendimiento; y las metas, que constituyen un mecanismo crítico mediante el cual las personas ejercen un control personal. Estas variables están estrechamente relacionadas a las transiciones, las trayectorias y los momentos de cambios importantes en la trayectoria del ciclo de vida (punto de inflexión) que experimentan las personas (Cenovio-Narcizo et al., 2019).

En el tratamiento de la Diabetes Mellitus el autocuidado implica un aprendizaje respecto a la importancia del consumo de medicamentos, una alimentación saludable y la práctica de actividad física o deporte, con el objetivo de modificar hábitos no saludables y adoptar un estilo de vida que permita controlar la enfermedad, ya que se identifica que los hábitos no saludables son los principales factores de riesgo (Raymond y Morrow, 2021). Se espera que este aprendizaje contribuya a disminuir las resistencias y ambivalencias que tienden a producir la falta de adherencia al tratamiento médico. Esta última representa uno de los principales problemas sociales y de salud pública alrededor del mundo. Se estima que el 20% de las personas con una enfermedad aguda, no se adhieren al tratamiento médico y este porcentaje aumenta al 45% si se trata de una enfermedad crónica, y asciende aún más si se trata de una enfermedad crónica que requiere cambios en los hábitos de salud (Salvador y Ayesta, 2019).

Los estudios sobre la adherencia al tratamiento médico de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario han generado un gran interés en la comunidad científica desde la perspectiva social (Martín et al., 2014). Algunos estudios han abordado el tema de la Diabetes Mellitus en la disciplina de Trabajo Social, entre ellos se encuentran análisis de un estudio de caso (González, 2005) y desde el Trabajo Social sanitario (Martín, 2011); aunque la mayoría de las investigaciones centran su análisis en la relación médico-paciente y el consumo de medicamentos. Se encontraron pocos estudios que examinan los hábitos de salud en el consumo de una alimentación saludable, así como la práctica de actividad física desde la experiencia subjetiva del autocuidado para la salud de personas adultas mayores.

La falta de adherencia al tratamiento lleva a interrupciones constantes en el proceso de curación de esta enfer-

medad, de manera que el personal de salud en ocasiones establece cambios en el tratamiento original que implica la prescripción de medicamentos más potentes. Pero a la vez dañinos para controlar la enfermedad. Éstos tienden a provocar efectos secundarios no esperados por lo cual la persona deja de consumirlos, profundizando la falta de adherencia al tratamiento y acelerando la evolución de la enfermedad, dando por resultado que la enfermedad primaria origine comorbilidades asociadas o enfermedades secundarias (Raymond y Morrow, 2021).

El conjunto de estas enfermedades ocasiona que la persona requiera una atención y cuidado médico especializado prolongado, para tratar las enfermedades que ocasiona la Diabetes Mellitus como glaucoma, insuficiencia renal, pie diabético y al mismo tiempo, incrementando la gravedad de éstas y la vulnerabilidad de las condiciones de salud, la dependencia de la persona y el gasto de bolsillo en salud personal y familiar (DOF, 2018).

En función de lo anterior este estudio busca conocer, desde la perspectiva de las mujeres adultas mayores, los conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud, a fin de atender una de las enfermedades crónicas más importantes en México como es la Diabetes Mellitus. Además, entender cómo este aprendizaje influye en las barreras percibidas en la etapa inicial del tratamiento médico. El/la profesional de Trabajo Social juega un papel muy importante en el mantenimiento de la adherencia al tratamiento médico; este estudio, permitirá comprender este proceso complejo en beneficio de las personas adultas mayores, de la familia que cuida de ellas y para el sistema de salud donde la promoción de estilos de vida saludable en estos tiempos de postpandemia se hace imprescindible.

2. Metodología.

El presente es un estudio con un diseño cualitativo, descriptivo y transversal y se llevó a cabo en los hogares de 12 mujeres adultas mayores, ubicados en las zonas urbanas del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. La muestra fue seleccionada de manera intencional con los siguientes criterios de inclusión: pertenecer al grupo de edad que ha registrado el mayor diagnóstico de Diabetes Mellitus en años recientes (mayor de 60 años), pertenecer al género que practica en mayor medida el autocuidado para la salud resultado de la acumulación de conocimientos y aprendizajes sobre este tema (femenino), vivir un envejecimiento habitual caracterizado por el diagnóstico de una o más enfermedades crónico-degenerativas pero sin llegar a la dependencia, por lo cual el deterioro cognitivo es leve o no existe; y contar con seguridad social. Los criterios de exclusión fueron: contar con menos de sesenta años y vivir un envejecimiento patológico en donde existen diversas enfermedades crónico-degenerativas y un deterioro cognitivo que requiere de terceras personas para sobrevivir (González y Ham-Chande, 2007). La recolección de los datos se realizó a través de la observación participante y material fotográfico sobre selección de alimentos, lo cual permitió identificar acontecimientos concretos respecto a los estilos de vida y hábitos de salud en los participantes del estudio y esto generó una guía de observaciones posteriores.

La entrevista semi-estructurada fue otro instrumento de recolección de datos. En ella se contemplaron preguntas respecto a la información proporcionada por el personal de salud en función al tratamiento de la Diabetes Mellitus. El contenido de la entrevista se estructuró a partir de varios temas generales: antecedentes de la enfermedad, presencia de sobrepeso u obesidad, tratamiento farmacológico y nutricional de la Diabetes Mellitus, particularmente sobre el horario del consumo de medicamentos, efectos secundarios de los mismos, recomendaciones alimentarias y de actividad física, entre otros temas. El diario de campo fue otra herramienta que facilitó la realización de notas metodológicas, teóricas y descriptivas para analizar con mayor profundidad las narrativas de las mujeres respecto a las prácticas de autocuidado, particularmente los aspectos de consultas regulares con el médico general, consumo inicial y frecuente de medicamento, cambios de hábitos alimentarios y de actividad física. Para garantizar el rigor científico se utilizaron transcripciones textuales de las entrevistas cotejándolas con diversos medios técnicos como grabaciones de audio de las entrevistas y fotografías de los hogares y del espacio geográfico en donde estaban ubicadas, se describieron las características de las informantes, y se relacionó con el contexto físico, interpersonal y social. Finalmente, para validar el estudio se realizó una triangulación de datos, teórica y de investigadores/as a través de la observación participante, la guía de entrevista semiestructurada y el diario de campo (Salgado, 2007).

La confidencialidad del estudio fue considerada a través de la aplicación de un formato de consentimiento informado que todas las participantes firmaron antes de iniciar el trabajo de recolección de datos (Burke, 1999). Con el fin de garantizar el anonimato, se cambiaron los nombres de las participantes.

El tratamiento de la información se llevó a cabo seleccionando, simplificando y transformando la información recolectada. A través de este proceso de análisis se fragmentaron los discursos de las mujeres identificándose unidades de análisis al que se le asignó un código que sirvió para identificar, reunir y clasificar la información. Con eso se elaboró un sistema de categorías en el que se

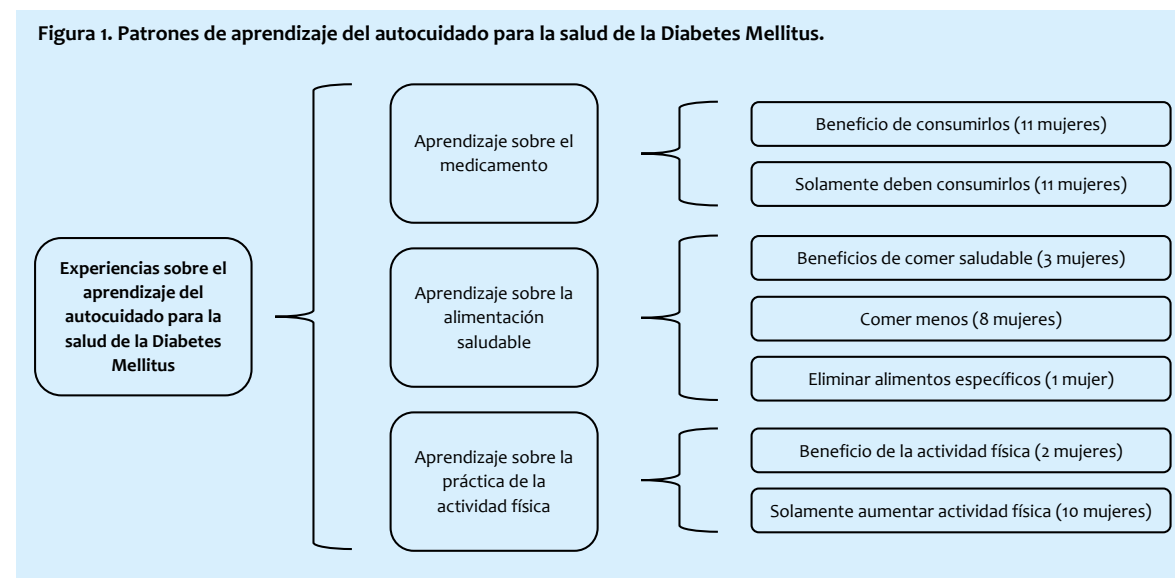
agruparon los textos en función a los conocimientos adquiridos sobre el tratamiento de la Diabetes Mellitus, especialmente los aprendizajes respecto al medicamento, la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Para el análisis de los datos se recurrió al programa Atlas Ti, que fue de apoyo para la simplificación de los datos.

3. Resultados.

Las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores permitieron identificar eventos que mantienen la adherencia al tratamiento para el control de la Diabetes Mellitus en la etapa de vejez, con el/la médico responsable y sus respectivas familias. Los principales hallazgos de esta investigación identificaron los beneficios y barreras percibidas por las participantes para mantener la salud y prevenir comorbilidades asociadas. Se identificaron hábitos saludables que interactuaron con hábitos no saludables en los diferentes componentes de la adherencia al tratamiento. Entre los hábitos saludables se encuentran cambios en la dieta familiar, que lograron una mayor adherencia al tratamiento y entre los hábitos no saludables se encuentran el mantenimiento de las actividades sedentarias que reducen la adherencia al tratamiento integral. La pérdida de la salud en ellas generó mecanismos reflexivos y conscientes que se relacionan con el proceso de aceptar la enfermedad e iniciar el tratamiento médico. Las categorías que emergieron del estudio fueron aprendizajes sobre: (1) el autocuidado de la diabetes mellitus, (2) medicamentos, (3) alimentación y (4) actividad física.

3.1. Aprendiendo sobre el autocuidado de la diabetes mellitus.

Las experiencias de autocuidado para la salud se iniciaron con el diagnóstico de la enfermedad y se establecieron a través de una relación médico-paciente cuyo propósito fue determinar, con consentimiento entre la persona que vive la enfermedad y el personal de salud, una serie de objetivos para tratar dicha enfermedad (Aríztegui et al., 2020). Estos objetivos de salud constituyeron los pilares del tratamiento médico integral de la Diabetes Mellitus, por lo cual los patrones de análisis se crearon en función a estos aspectos (Figura 1).



3.1.1. Aprendizajes sobre medicamentos.

La prescripción de medicamentos es una de las principales estrategias farmacológicas que recomienda el personal de salud para reducir los niveles de glucosa sanguínea y controlar la Diabetes Mellitus. La información proporcionada a las mujeres por parte de la persona médica responsable del tratamiento de la Diabetes Mellitus según sus narraciones se enfoca en diversos temas en donde ellas percibieron el beneficio de consumir los medicamentos recomendados.

El primer tema que las mujeres mencionaron fue la importancia de tomar los medicamentos como lo relata Magda: "Sí, que debo seguirlos para que la glucosa en sangre baje". El segundo tema identificado fue a cerca de las recomendaciones de la frecuencia del consumo como lo refiere Sonia: "Sí, la importancia de tomarlos en el horario y frecuencia". El tercer tema que se identificó fue la importancia de iniciar y dar continuidad al tratamiento para mantener la adherencia al tratamiento como lo expresa Maribel: "Sí, me dijo que tenía que tomar mis medicamentos, aunque no me sintiera mal".

Otra situación que emerge de los discursos de las participantes fue que no se comprendió en su totalidad los beneficios de consumir los medicamentos recomendados, atribuido al hecho de que las instrucciones que se dieron por parte del personal de salud solamente se limitaron a explicarles las dosis necesarias para el consumo de la medicina, sin considerar los aspectos emocionales que esta enfermedad representa como son los sentimientos de tristeza y depresión debido a la pérdida de la salud o la influencia de los efectos secundarios que ejercen los medicamentos sobre las emociones. Así lo menciona María: "... solamente me explicó cómo tomarlos, únicamente". Todas las mujeres percibieron que el personal de salud destinó una mayor cantidad de tiempo en proporcionarles conocimientos y aprendizajes sobre el consumo de medicamentos para tratar la Diabetes Mellitus. Por consecuencia, no se identificaron barreras para iniciar el tratamiento farmacológico. Asimismo, las mujeres que contaban con un familiar de primer grado (padres/madres, hijos/as y hermanos/as) padeciendo esta enfermedad, percibieron un mayor conocimiento sobre el consumo de medicamentos y así lo mencionó Estela: "Sí, el (padre de familia) también controlaba la enfermedad con medicamento".

Un hallazgo que emergió del estudio fue la utilización de remedios caseros. En relación a las prácticas del autocuidado para la salud algunas mujeres mencionaron que, para tratar algunas molestias de la Diabetes Mellitus, consumían diversos tipos de té, miel de abeja, sábila líquida o la aplicación de ungüentos o pomadas medicinales para tratar los efectos de esta enfermedad sobre la piel como es la resequeidad y adormecimiento de las manos y pies. Así lo expreso María: "Pues cuando me siento muy cansada porque ando con la azúcar baja (glucosa sanguínea sin control) me tomo un té de moringa (moringa oleifera) y me siento mejor... un poco mejor".

3.1.2. La alimentación saludable.

Los discursos de las participantes del estudio en relación con el aprendizaje sobre el consumo de una alimentación saludable generaron tres subcategorías: el beneficio de comer saludable, la reducción de calorías y la eliminación

de ciertos alimentos.

En el primero se percibió el beneficio de comer saludable y así lo expresó Maribel:

Sí... (seguir una alimentación saludable)... que debía comer sano, como quién dice, ya no comer tantas cosas con grasas, ni café... Me dijo (el médico general) que el café tampoco no, ni manteca de cerdo y esas cosas que a fuerza una usa al cocinar... Solamente eso (me dijo).

Otro grupo de mujeres percibieron que para el control de la Diabetes Mellitus deberían reducir el consumo de alimentos como lo refiere Inés: "El médico me dijo: ¡inmediatamente a dieta ¡1,200 calorías al día, aquí está la dieta (hoja impresa), la vas a tener que llevar al pie de la letra". Siendo así, las mujeres asociaron una alimentación saludable, con la práctica de comer menos alimentos diariamente.

Por otra parte, hubo otro grupo de mujeres que percibieron la alimentación saludable como la eliminación de alimentos específicos, como fue en el caso de María: "No, (ninguna recomendación alimentaria) solamente me dijo (el doctor) que debía disminuir la sal". Otras recomendaciones alimentarias se enfocaron a la reducción del peso corporal como estrategia inicial del tratamiento de la Diabetes Mellitus, sin embargo, las mujeres percibieron que en estas recomendaciones no se consideraron especificaciones en esta materia para las personas adultas mayores.

La mayoría de las mujeres afirmaron que, aunque el médico explicó sobre este tema de salud, ellas manifestaron haber esperado recomendaciones más precisas o que las refieran con el especialista del área de la nutrición, porque esas recomendaciones no se ajustaban a sus necesidades de alimentación.

Asimismo, la gran mayoría de las participantes del estudio percibieron que los conocimientos proporcionados respecto a una alimentación saludable eran solamente recomendaciones y que no formaban parte del tratamiento integral para controlar la Diabetes Mellitus. Por lo cual se identificaron algunas barreras para iniciar el tratamiento nutricional como la falta de conocimientos sobre alimentos específicos para tratar la Diabetes Mellitus y aprendizajes sobre la elaboración de dietas especiales para reducir la glucosa sanguínea.

3.1.3. La práctica de actividad física.

Al analizar las experiencias de vida de las mujeres emergieron dos subcategorías en relación con la práctica de la actividad física: quienes la ven como un beneficio ya que "así lo dice su médico", y aquellas que consideran que es suficiente el realizar las actividades diarias en casa.

Un grupo de mujeres percibieron que es bueno practicar la actividad física para controlar la Diabetes Mellitus, como se puede constatar en sus discursos: Imelda: "Sí, (el médico me explicó) cómo el ejercicio ayudaba a prevenir que se complicara más esta enfermedad". Asimismo, lo expresó Mine: "Sí (me explicó), pero nada más (no explicó otros temas), solamente me dijo que hiciera ejercicio".

Otra subcategoría donde se encuentra la mayoría de las mujeres participantes es la percepción de que la actividad física que realizan dentro del hogar es suficiente para controlar la Diabetes Mellitus. Así lo refiere María:

“Sí (el médico me dijo), que tenía que caminar mínimo media hora al día... Pues (si lo hago)... Yo voy a comprar las tortillas”. De manera que las mujeres percibieron que la actividad física recomendada por el médico general formaba parte de su vida cotidiana (caminar, salir a pasear, mantenerse activas en las labores del hogar), por lo cual consideraron que ese tipo de actividades no se deberían de modificar. Es así como las mujeres percibieron que los conocimientos proporcionados respecto a la actividad física eran solamente recomendaciones y no formaban parte del tratamiento integral para controlar la Diabetes Mellitus.

4. Discusión.

Las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores permitieron comprender con mayor profundidad como se da el aprendizaje del autocuidado de la salud y las barreras que se presentan en las etapas iniciales del tratamiento médico. Una dosis no adecuada de medicamento o su uso prolongado tiende a ocasionar efectos secundarios no esperados como sueño excesivo, insomnio, irritabilidad, cansancio extremo, estreñimiento, retención de líquidos corporales, entre otros efectos. Estos efectos secundarios se presentan en mayor medida en las personas adultas mayores, sobre todo si éstas padecen depresión o si consumen más de dos tipos de medicamentos a la vez, que puede ser por presentar diversas enfermedades al mismo tiempo (Díaz-Soto et al., 2021). La mayoría de las mujeres percibieron el beneficio de iniciar el tratamiento farmacológico para controlar la Diabetes Mellitus por los conocimientos proporcionados por parte del personal de salud (DOF, 2018). En sus discursos destacan las consecuencias negativas de no mantener la adherencia al tratamiento, lo que representa el temor a la enfermedad y la percepción de que “las pastillas” solucionan esa problemática de salud. Asimismo, se descubre la importancia de los aspectos emocionales para reducir las barreras en el tratamiento de esta enfermedad (Salvador y Ayesta, 2019). Es importante hacer alusión al tiempo destinado por parte del personal de salud para brindar conocimientos y aprendizajes sobre el tratamiento farmacológico; esto marca un elemento importante para generar confianza en esta estrategia de salud (Díaz-Soto et al., 2021). Se comprende que el manejo de los diversos medicamentos en la etapa de vejez es sumamente importante, ya que en esta etapa de la vida frecuentemente se consumen más de dos tipos de medicamentos: aquellos para las enfermedades propias de la vejez, y aquellos para enfermedades crónicas como es la Diabetes Mellitus. Esta condición de salud refleja cómo la exposición a factores de riesgo en etapas tempranas de la vida influye en la morbilidad en la etapa de vejez (Cenovio-Narcizo et al., 2019). Se destaca la importancia del uso de los remedios caseros como práctica de salud. Tema interesante de resaltar porque sustituir parcial o totalmente el tratamiento farmacológico, por el uso de remedios caseros que son recomendados en la mayoría de los casos por personas no profesionales, según Junghans et al. (2017), podría ocasionar que el personal de salud no identifique oportunamente barreras para iniciar o mantener el tratamiento de la Diabetes Mellitus, o podría desarrollar comorbilidades

asociadas. Sin embargo es más importante rescatar de los discursos las creencias relacionadas a aspectos culturales de la medicina tradicional.

Reflexionando sobre el tema de haber participado en el cuidado de un familiar con Diabetes Mellitus, esto permitió que las mujeres adquirieran conocimientos y aprendizajes generales de la enfermedad, que percibieran los beneficios de la adherencia al tratamiento, y principalmente lo relacionado al consumo de medicamentos, porque esta práctica fue considerada la estrategia principal para el control de la enfermedad. Es así como estudiar la práctica del autocuidado de la salud, permitió un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo de una enfermedad, especialmente en las personas que se dedican al cuidado de un familiar enfermo (López-Escobar et al., 2021). De tal manera que se confirma que la práctica del autocuidado es un proceso social y cultural, al que debemos apostarle, y comprende “formas sociales y colectivas que surgen a partir del ejercicio grupal de los cuidados y que son el soporte y el sentido del autocuidado” (Domínguez, 2015, p. 51).

El tratamiento nutricional de la Diabetes Mellitus es un tema relevante porque la mayoría de las participantes del estudio comprendieron la importancia de la alimentación en el tratamiento de esta enfermedad; sin embargo, ellas esperaban recomendaciones más precisas, o que las refieran con un/a especialista del área de la nutrición, lo cual no se hizo; porque las recomendaciones generales no se ajustaban a sus necesidades de alimentación. Al respecto el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2018), afirma que el tratamiento nutricional para las personas adultas mayores diagnosticadas con Diabetes Mellitus debe incluir recomendaciones alimentarias para cada una de las diferentes enfermedades relacionadas con la vejez y enfermedades dependientes de la edad que presenta la persona. De este modo, identificar y estudiar los cambios en los patrones de alimentación y consumo a lo largo de la vida toma suma importancia para conservar la salud en etapas posteriores (Cenovio-Narcizo et al., 2019).

Cabe destacar que los hábitos de alimentación de las personas adultas mayores son los más heterogéneos de todos los grupos de edad, porque el proceso de envejecimiento trae consigo cambios en la absorción y en el metabolismo de los alimentos (Raymond y Morrow, 2021; Terán-Vásquez et al., 2022). De esta manera, la interacción del proceso de envejecimiento, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y el consumo de varios medicamentos acentúan los cambios en los hábitos de alimentación. De modo que se observó en ellas la importancia de considerar además de lo nutricional, el contexto socioeconómico y cultural, la etapa de vida que ellas atraviesan porque estos aspectos influyen en la selección y preparación de alimentos, así como también en el acceso a alimentos saludables en una comunidad y en el acompañamiento familiar a la hora de consumir los alimentos en función a gustos y preferencias (Gómez y Velázquez, 2019; Márquez-Herrera et al., 2017).

La actividad física fue otro tema relevante para el tratamiento de la Diabetes Mellitus. Los discursos de las participantes mencionan los beneficios de esta práctica, aunque la falta de conocimientos especializados sobre este

tema evitó que ellas se motivaran a iniciar un programa de actividad física. En el tratamiento integral de la Diabetes Mellitus la adopción de hábitos de actividad física saludables facilita el control de esta enfermedad (Ventura y Zevallos, 2019; Organización Panamericana de la Salud, 2021). En las personas adultas mayores esta práctica debe ser supervisada por un equipo multidisciplinario integrado por el/la médico general, el/la especialista en el área deportiva y el/la especialista en el área de geriatría (DOF, 2018). La falta de implementación de esta estrategia ocasionó que no existiera una motivación por parte de las mujeres para iniciar un plan básico de actividad física que incluyera por lo menos 150 minutos a la semana de ejercicios anaeróbicos, como son las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2021). Se identificaron diversas barreras para iniciar un plan de actividad física. Entre estas destacan la falta de conocimientos y aprendizajes especializados porque éstos se proporcionaron de manera general sin la presencia de un especialista del área. La falta de integración de las mujeres a grupos de apoyo o ayuda mutua, para motivar la participación activa en las actividades físicas en compañía de otras personas podría ser de gran apoyo para la modificación de hábitos sedentarios.

Asimismo, cabe hacer mención que los discursos de las mujeres participantes afirman que la actividad física recomendada por el/la médico formaba parte de su vida cotidiana, como lo es el caminar, salir a pasear, mantenerse activas en las labores del hogar, por lo cual consideraron que ese tipo de actividades no se deberían de modificar. Esta creencia debe ser modificada porque refleja que la pérdida de la salud no es un motivo suficiente para generar un punto de inflexión hacia un cambio en los hábitos de actividad física para lograr un estilo de vida saludable (Cenovio-Narcizo et al., 2019).

Como señalan Granda et al. (2018), el hecho de asignar estereotipos y roles de género en la práctica de actividad física, ejercicio y deporte a los hombres, pudiera ser que ellas asuman que las actividades físicas relacionadas al cuidado y el trabajo doméstico sean suficiente para llevar un estilo de vida físicamente activo y si se realiza fuera del hogar eso corresponde a los hombres. De manera que los aspectos sociales y culturales, sustentados en creencias no saludables, mitos y estereotipos negativos sobre la vejez y su asociación con la inactividad física, de alguna manera explican la no promoción de la actividad física, ejercicio o deporte en la etapa de vejez (Ventura y Zevallos, 2019).

Por otro lado se resalta la importancia de la integración a grupos de apoyo y ayuda mutua, con el fin de eliminar creencias aprendidas sobre el autocuidado de la salud de la Diabetes Mellitus, como afirma la teoría sociológica de Bandura (1986), porque se reconoce que este tipo de grupos son importantes al contribuir al desarrollo de conocimientos y aprendizajes, así como de experiencias respecto al proceso de enfermedades crónicas para su tratamiento integral (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Pérez-Fonseca et al., 2018).

5. Conclusiones.

Este trabajo examinó las experiencias vividas de 12 mujeres adultas mayores acerca de los conocimientos y a-

prendizajes del autocuidado para la salud de la Diabetes Mellitus, a fin de comprender cómo este aprendizaje influye en sus percepciones en la etapa inicial del tratamiento médico. A lo largo de este análisis se encontró que examinar esta práctica permite comprender este proceso complejo para generar estilos de vida saludable en las personas adultas mayores, en la familia que cuida de ellos, y para el sistema de salud donde el personal de Trabajo Social juega un papel muy importante sobre todo en generar estrategias de intervención social de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores que aquí se presentaron, permiten un acercamiento a la comprensión y promoción del autocuidado para la salud de la Diabetes Mellitus en la etapa de vejez. A través de estas historias se comprende que el tratamiento farmacológico es la principal estrategia que se percibe para el control de la enfermedad, y que el plan nutricional y de actividad física no son percibidos como una constante para iniciar el tratamiento integral de la Diabetes Mellitus; en parte porque estos últimos aspectos requieren de un aprendizaje especializado y un acompañamiento en ámbitos familiares y comunitarios, resultando indispensable el apoyo de un equipo especializado multidisciplinario y resultando esencial la participación activa del profesional del Trabajo Social.

Se concluye, que los conocimientos científicos que se generan respecto al autocuidado para la salud desde el momento del diagnóstico de la enfermedad contribuyen a facilitar o bien obstaculizar el cambio hacia comportamientos saludables, reconociendo que las personas son agentes activos en la toma de decisiones de salud. Por lo cual es necesario que la persona que vive con la enfermedad asuma nuevos roles, nuevas creencias y sobre todo nuevos aprendizajes sobre como adoptar estilos de vida saludable para la toma de decisiones de manera independiente y autónoma. Para lo cual los grupos de ayuda mutua en el área de salud pueden ser muy eficaces en el reaprendizaje de nuevas formas de entender esta enfermedad crónico-degenerativa.

Somos conscientes del alcance y limitaciones del estudio. El nivel de análisis microsocio por sí mismo generalmente se vincula a un orden social de la realidad subjetiva, que no deja de ser importante, pero queda la limitación de la transferibilidad, es decir la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros contextos u a otras poblaciones, a fin de generar estrategias de intervención social acordes al contexto socioeconómico y cultural según sea el caso. Por lo que sería interesante que partiendo de los resultados de este trabajo se realizaran investigaciones que generaran evidencia científica con mayor representatividad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y la atención médica, especialmente en áreas de geriatría y gerontología social relacionada con enfermedades crónico-degenerativas.

Es pues importante seguir investigando desde la perspectiva del Trabajo Social otros aspectos del autocuidado para la salud en el ámbito familiar, tal es el caso de la interacción de medicamentos prescritos por el sistema de salud (alópatas) y el consumo de medicamentos de la medicina alternativa tradicional. Por otro lado, se sugieren estudios de identificación de patrones de alimen-

tación familiares en personas adultas mayores, considerando ambos sexos y la identificación de actividades sedentarias en el ámbito familiar; y sobre todo, ampliar información sobre la práctica del cuidado de un familiar con Diabetes Mellitus y los factores de riesgo que inciden en esta enfermedad.

Finalmente, este estudio debe ser reconocido por los/las diseñadores/as de la política social en temas de salud y específicamente de enfermedades crónicas degenerativas, por el alto costo para los sistemas de salud en términos de recursos humanos, materiales y económicos, que incidan en las comunidades, en las decisiones de salud, evitando que la adopción de hábitos saludables dependa solamente de la propia voluntad.

5. Bibliografía.

- Alarcó, G., Cancio-Bello, C., Agramonte, A. y Lorenzo, A. (2019). Autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad. *Revista Cubana de Endocrinología*. 30 (3), e138. <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v30n3/1561-2953-end-30-03-e138.pdf>
- Aríztegui, A., Martín, L. y Marín, B. (2020). Efectividad de las intervenciones enfermeras en el control de la diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Navar.* 43 (2), 159-167. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0860>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Burke, R. (1999). Examining the validity structure of qualitative research. En: Andrea, K. (Ed). *Cases in qualitative Research* (pp. 282-292). Pyczak Publishing.
- Cenovio-Narcizo, F., Guadarrama-Orozco, J.H, Medrano-Loera, K. y González-Morales, D. (2019). Una Introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2019, 76 (5), 203-209. <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000007>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). (2022). *Covid-19 México. Información general*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2018). *Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018
- Díaz-Soto, M., Licea, M., Medina, A., Beltrán, A. y Calderín-Miranda, J. (2021). El consumo de medicamentos en pacientes de la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina*. 60(2), e1507. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v60n2/1561-302X-med-60-02-e1507.pdf>
- Domínguez, A. (2015). Prácticas cotidianas de (auto) cuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes (DBT). En: Domínguez, A. *Compilador/a. Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración*. Págs. 50-61. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20160520064751/dt75.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. Novena Edición. 2019. www.diabetesatlas.org
- Gómez, Y. y Velázquez, E. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria*. 20(1), 1-12. <http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>
- González, B. (2005). *La diabetes: Un estudio de caso del binomio salud-enfermedad en el trabajo social*. Universidad de la República (Uruguay).
- González, C. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 49(4), S448-S58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
- Granda, J., Alemany, I. y Aguilar, N. (2018). Género y relación con la práctica de la actividad física y el deporte. *Mujer y deporte*. 132(2), 123-141. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2018/2\).132.09](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2018/2).132.09)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Presentación de resultados*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Noticias. Estadísticas a propósito del Día mundial de la diabetes*. <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6923>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2022). *Vejez femenina en México: Hacia una sensibilización de la feminización de la vejez en el marco del Día Internacional de la Mujer*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/vejeces-femeninas-en-mexico-hacia-una-sensibilizacion-de-la-feminizacion-de-la-vejez-en-el-marco-del-dia-internacional-de-la-mujer?idiom=es>
- Junghans, C., Meza, J. y Gómez, B. (2017). Las enfermedades que los médicos no reconocen. *Ecós del Tacaná*. 1 (4) 6-9. https://www.researchgate.net/publication/325455734_Las_enfermedades_que_los_medicos_no_reconocen
- López-Escobar, D., Moreno-Salazar, L., Cárdenas-Bece-rril, L. y Martínez-Talavera, B. (2021). Cultura del Autocuidado en Personas con Diabetes Mellitus, en una Comunidad Rural del Estado de México. *Salud y Administración*. 8(22), 3-14. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/203/154>
- Márquez-Herrera, R., Cueto-Manzano, A. y L. Cortés-Sanabria (2017). El rol del nutriólogo en la prevención y tratamiento temprano de la enfermedad renal crónica. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2017; 55 Suplemento 2: S175-81. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/2504/2871
- Martín, M. (2011). El trabajo social sanitario en la atención a personas con diabetes y sus familias. La experiencia de la Asociación para la diabetes en Tenerife. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. 11(4), 12-17.
- Martín, L; Grau, J. y A. Espinosa. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40 (2), 225-238. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Diabetes. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240052239>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030/cuatro-areas-accion-decada>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *El curso de vida saludable*. <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable#:~:text=El%20enfoco%20del%20curso%20de%20vida%20considera%20a%20la%20salud,del%20curso%20de%20la%20vida>
- Pérez-Fonseca, M., Pereyra, M., Santiago-Mijangos, A., Hipólito-Francisco, I. y González-de-la-Cruz, P. (2018). Grupo de Ayuda Mutua. Una Alternativa de Enseñanza en la Práctica Académica de Enfermería. *Salud y Administración*, 5(13), 47-52. http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol5num13/6_Grupo_Ayuda.pdf
- Pupo-Cejas, Y., Torres-Moreno, V., Requeiro-Almeida, R., Pérez-Torres, G., y Céspedes-Gamboa, L. (2021). Realidad y perspectiva del autocuidado de la salud en la sociedad del conocimiento. *Revista Conrado*, 17(79), 261-270. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1722>
- Raymond, J. y Morrow, K. (2021). *Dietoterapia*. 15ª ed. Editorial Elsevier.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*. 13, 71-78. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Salvador, M. y Aysta, F.J. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention*. 18(3), 233-244. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814227003.pdf>
- Terán-Vásquez, J., Díaz-Manchay, R., Nureña-Montenegro, J., Risco-Vélez, D., y Cervera Vallejos, M (2022). Adaptación a nuevos hábitos alimentarios en el adulto mayor diabético y participación familiar. *Eureka. Asunción (Paraguay)*. 19(1), 156-170. <https://www.psicoeureka.com.py/publicacion/19-1/articulo/17>
- Ventura, A. y Zevallos, A (2019). Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. *Acc Cietna: Para el cuidado de la salud*. 6(1), 60-67. <https://doi.org/10.35383/cietna.v6i1.218>



Principios éticos y Trabajo Social: cuestiones pendientes.

Principis ètics i Treball Social: qüestions pendents.

Ethical principles and Social Work: unresolved questions.

Mercedes Cuenca Silvestre¹ , Begoña Román Maestre² 

Resumen

La ética no es un mero apéndice añadido al Trabajo Social, sino parte irrenunciable, ya que desde sus inicios se fundamenta en unos principios que han ido evolucionando a la luz de los acontecimientos y cambios sociales. La especificidad moral de la labor de las trabajadoras sociales hace de la ética un elemento constitutivo de la profesión, aunque no sea explícito ni muchas veces consciente por parte de quienes la ejercen. El artículo brinda una descripción teórica sobre la forma en que históricamente, desde el Trabajo Social, se ha abordado la dimensión ética. Concretamente, nos remitiremos al peso que ha tenido el principialismo en dicha profesión. Haremos referencia a los listados de principios éticos más influyentes, observando cómo han ido modificándose, adaptándose o desapareciendo conforme evolucionaba la práctica profesional y cambiaba el contexto. Principios como dignidad, autonomía o confidencialidad han acompañado al Trabajo Social desde sus inicios, junto con cuestiones pendientes como la falta de fundamentación y método para poderlos especificar, ponderar y aplicar. Todas estas carencias afectan el desempeño ético y la identidad profesional del Trabajo Social. Tras la descripción de los elementos clave que consideramos deberían ser objeto de atención por parte de la disciplina, se propone como objetivo compartir una serie de actuaciones que contribuyan a la profundización, actualización y normalización de la dimensión ética del Trabajo Social.

Palabras clave: Trabajo Social, principios, ética, principialismo.

Resum

L'ètica no és un apèndix afegit al Treball Social, sinó una part irrenunciable, perquè des dels seus inicis es fonamenta en uns principis que han anat evolucionant a la llum dels esdeveniments i canvis socials. L'especificitat moral de la labor de les treballadores socials fa de l'ètica un element constitutiu de la professió, encara que no sigui explícit ni moltes vegades conscient per part dels qui l'exerceixen. L'article ofereix una descripció teòrica sobre la forma en què històricament, des del Treball Social, s'ha abordat la dimensió ètica. Concretament, ens remetem al pes que ha tingut el principisme en aquesta professió. Farem referència als llistats de principis ètics més influents, observant com han anat modificant-se, adaptant-se o desapareixent conforme evolucionava la pràctica professional i canviava el context. Principis com la dignitat, l'autonomia o la confidencialitat han acompanyat al Treball Social des dels seus inicis, juntament amb qüestions pendents com la falta de fonamentació i mètode per a poder-los especificar, ponderar i aplicar. Totes aquestes mancances afecten l'acompliment ètic i la identitat professional del Treball Social. Després de la descripció dels elements clau que considerem haurien de ser objecte d'atenció per part de la disciplina, es proposa com a objectiu compartir una sèrie d'actuacions que contribueixin a l'aprofundiment, actualització i normalització de la dimensió ètica del Treball Social.

Paraules clau: Treball Social, principis, ètica, principisme.

Abstract

Ethics is not a simple appendix to social work, but an essential part of it, since it has been based on principles that have evolved in the light of social events and changes since its beginnings. The moral specificity of the work of social workers makes ethics a constitutive element of the profession, even if it is not explicit and often not conscious on the part of those who practice it. The article provides a theoretical description of the way in which, historically, the Social Work has approached the ethical dimension. Specifically, we will refer to the weight that principism has had in this profession. We will examine the lists of the most influential ethical principles, observing how they have been modified, adapted or disappeared as professional practice has developed and the context has changed. Principles like dignity, autonomy or confidentiality have accompanied social work since its beginnings, together with unresolved questions such as the lack of foundation and method to be able to specify, weigh and apply them. All these shortcomings affect the ethical performance and professional identity of social work. After the description of the main issues that we believe should be the subject of attention by the discipline, the aim is to share a series of actions that contribute to the deepening, updating and normalization of the ethical dimension of Social Work.

Keywords: Social Work, principles, ethics, principialism.

Cuenca Silvestre, M. y Román Maestre, B. (2023). Principios éticos y Trabajo Social: cuestiones pendientes. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 49-57. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40348>

ACEPTADO: 05/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Universidad Ramon Llull.

² Universitat de Barcelona.

✉ Mercedes Cuenca Silvestre.

Universitat Ramon Llull.

c/ Santaló, 37. C.P. 08021.

Barcelona, España.

mcuenca@peretarres.org

1. Introducción.

Desde su origen el Trabajo Social está condicionado por concepciones sobre lo que debe ser transformado y lo que debe permanecer, sobre lo que es y lo que debe ser. Solo así es posible explicar las intervenciones que se llevan a cabo con personas, grupos y comunidades. En otras palabras, el Trabajo Social está impregnado de principios éticos que definen la dirección de las intervenciones.

Sin embargo, no siempre es claro desde cuándo, cómo y quiénes construyen dichos principios que constituyen el Trabajo Social, ni mucho menos se aborda su fundamentación.

Es probable que la histórica vinculación del Trabajo Social con la bondad, el deseo de ayuda y los valores altruistas haya tenido que ver con la falta que observamos en las profesionales de explicitación del posicionamiento ético o de la justificación del resultado de las actuaciones (Sánchez, 2016).

Un segundo factor que dificulta la especificación de los principios éticos que fundan el Trabajo Social es la preeminencia de la dimensión técnica. En su afán porque el Trabajo Social sea considerado una ciencia medible y demostrable, se ha dedicado una mayor reflexión al desarrollo de indicadores basados en premisas positivistas y empíricas (Zamanillo, 2012), que al conocimiento sobre su dimensión ética. Además, como hemos avanzado, se obvia la imposibilidad de desarrollar una técnica libre de valores, ya que las intervenciones responden a una serie de ideas y concepciones valorativas que orientan las formas de conocer y las formas de actuar (Vilar, 2013).

Otro factor que ha contribuido a la desconsideración de la dimensión ética de la profesión es la fragmentación dentro del Trabajo Social de la reflexión y la acción, la disciplina y la profesión. Asociada a la disciplina con la generación de conocimiento, a la profesión le asigna la práctica. Con escaso diálogo entre ambas, se da a entender que es posible intervenir sin reflexionar, o generar teoría al margen de las intervenciones. Y, ante la falta de reflexión, se expande la creencia de que la experiencia por sí sola basta para que las profesionales tomen buenas decisiones sin necesidad de fundamentarlas. De esta forma, muchas trabajadoras sociales actúan siguiendo una *sabiduría práctica* o recogiendo, de forma inconexa, fragmentos de diferentes teorías relacionadas con su propio aprendizaje práctico (Banks, 1997).

Los cambios acelerados de la sociedad y los diferentes intereses en juego en el Trabajo Social exigen que las profesionales reflexionen sobre sus maneras habituales de proceder y actualicen regularmente sus respuestas ante las nuevas situaciones que han de enfrentar, evitando intervenciones simples, irreflexivas, repetitivas, cuando no arbitrarias.

Ello repercute en el impacto de la profesión y la confianza que la sociedad deposita en ella. Ante las condiciones de incertidumbre y gran vulnerabilidad en las que desarrollan su tarea, resulta fundamental que las profesionales integren la ética en su quehacer diario. La ética comporta una *revisión crítica* de la tarea encargada, recordándoles que son responsables de lo que hacen y de lo que dejan de hacer.

2. La ética del Trabajo Social: dimensiones, niveles, ámbitos.

Las profesiones son instituciones que reclaman para sí la exclusividad de una competencia, adquirida mediante una capacitación, y que proporciona un bien a la sociedad que, de otra forma, le sería difícil obtener (Fernández, 1996; Salcedo, 2010). Este bien es la fuente de legitimidad de la profesión. Cuando una persona se acredita, mediante la formación y titulación, para ejercer la profesión de Trabajo Social, no define los fines, sino que acepta las metas que le vienen dadas y que comparte con el resto de las compañeras igualmente acreditadas (Cortina, 2017). La calidad de vida (Salcedo, 2010); el empoderamiento de los más débiles o vulnerables (Cortina, 2017), la liberación y fortalecimiento de las personas (Aguilar y Buraschi, 2020) e incluso la construcción de una sociedad en la que cada individuo pueda dar el máximo de sí mismo y realizarse como persona (Bermejo, 2002), son algunos de los bienes propuestos para el Trabajo Social en las últimas décadas.

Bermejo (1996, 2002) establece tres dimensiones que interrelacionadas entre sí constituyen la ética profesional en general y del Trabajo Social en particular:

- *Dimensión teleológica.* Toda trabajadora social debe asumir el telos de su práctica profesional, es decir, el bien intrínseco que ésta ofrece a la sociedad. Este nivel, aunque sea abstracto, debe informar sus prácticas diarias.

- *Dimensión deontológica.* Está conformada por el conjunto de regulaciones que contienen los valores, principios y normas, que buscan garantizar el logro de las finalidades. Toda trabajadora social, como parte del colectivo profesional, debe asumir una serie de normas y responsabilidades, las cuales están recogidas generalmente en los Códigos deontológicos.

- *Dimensión pragmática.* Incorpora pautas más específicas que orientan a las trabajadoras sociales en el análisis de situaciones concretas que requieren apoyo para la toma de decisiones éticas.

Se critica a Bermejo (1996, 2002) la dificultad de enlazar la dimensión teleológica con la pragmática, por la enorme distancia entre la declaración de fines de lo que los contextos concretos permiten (Aguayo, 2012). En este sentido, Vilar (2009) elabora una estructura en *niveles de análisis* que facilita la conexión de los diferentes estratos de reflexión y producción de conocimiento que configuran el universo ético de la profesión. *La ética de la profesión, la ética del sector profesional y la ética de la organización* están en comunicación y avanzan al mismo ritmo. De lo contrario, se pueden generar contradicciones que dificulten la reflexión ética. Esos tres niveles son complementarios entre sí y se retroalimentan, ya que solo así es posible establecer respuestas éticas coherentes entre ellas. Además, esta estructura permite visualizar la presencia de las cuestiones valorativas en el ejercicio cotidiano, generando contenidos (Guías de referencia) que facilitan la toma de decisiones ante una problemática ética. Las Guías de referencia han de estar actualizadas y en consonancia si pretenden orientar a las profesionales en la toma de decisiones éticas.

Tabla 1. Niveles para el análisis ético según Vilar (2009).

| Niveles | Guías de referencia | |
|------------------------------|---------------------|--------------|
| | Orientativas | Imperativas |
| Ética de la profesión | Código deontológico | Código ético |
| Ética del sector profesional | Buenas prácticas | Reglamento |
| Ética de la organización | Experiencias | Protocolos |

Fuente: Elaboración propia a partir de Vilar (2009).

A la luz de los resultados de los diferentes estudios (De la Red, 2020; Úriz, 2014; Vilar, 2013) en los que se observa el papel que desempeña la ética personal de las trabajadoras sociales en la toma de decisiones éticas, y de que inevitablemente siempre se piensa desde las circunstancias y creencias personales, Román (2016) explicita los ámbitos que han de ser considerados en la práctica profesional:

- El ámbito de la ética personal* de la profesional que lleva a cabo la intervención.
- El ámbito profesional*, que contiene tanto la deontología como la noción de excelencia profesional.
- El ámbito organizacional* donde se desarrolla el Trabajo Social.
- El ámbito cívico*, la ética mínima donde quedan enmarcadas las intervenciones, las organizaciones, las profesiones.

El cruce entre los diferentes ámbitos y su jerarquización a la hora de enfrentar problemáticas éticas puede llevar a *conflictos de intereses* que han de ser bien gestionados. Durante la intervención de una trabajadora social, su ética personal muchas veces se puede confundir con la ética profesional. Debe tomarse distancia respecto a la decisión que elegiría como persona particular de la que, por las competencias que tiene atribuidas, debe tomar como profesional (Martín, 2011). En otras ocasiones, la profesional se encontrará trabajando en entidades que intentarán reorientar la ética del Trabajo Social a los fines propios de la organización (Cordero, 2009), pudiéndose generar un conflicto entre la ética de la profesión y la ética organizacional. Estas situaciones, bastante frecuentes, no necesariamente deben ser consideradas negativamente. Ante su inevitabilidad, de lo que se trata es de aprender a identificarlas y a gestionarlas.

Para ello son de utilidad los principios éticos. Determinar cuáles han de guiar las actuaciones no resulta sencillo, se pueden producir desacuerdos entre puntos de vista razonables a la hora de priorizar a las personas atendidas o de distribuir recursos limitados. La confianza de la ciudadanía y la legitimidad de la profesión descansa en gran parte en la capacidad para justificar éticamente, y no solo técnicamente, las intervenciones sociales. De ahí la importancia de que las trabajadoras sociales cuenten con principios y procedimientos realistas, estructurados y coherentes con los escenarios en los que desarrollan su quehacer.

Resulta de ayuda recordar el origen del principialismo en Bioética para arrojar luz a los fructíferos que puede ser su aplicación (y sus limitaciones) al Trabajo Social.

3. La influencia del principialismo en la ética profesional del Trabajo Social.

Tras el escándalo Tuskegee, 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 fue que la Comisión llevara a cabo un debate teórico acerca de la investigación con seres humanos, pero, en segundo lugar, se esperaba un resultado práctico: una guía para la legislación y para la conducta de los profesionales. Dicha Comisión acabó emitiendo en 1978 el Informe Belmont, el cual proponía, a fin de considerar legítima una investigación, que se tuvieran en cuenta 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" en donde el principio de no maleficencia aparece separado del de beneficencia respecto a los propuestos en el Informe Belmont. Se iniciaba así el *Principialismo*, convirtiéndose desde su formulación y hasta el día de hoy en el método dominante en la Bioética. Allí se definieron los principios del siguiente modo:

- Respeto a la persona.* La autonomía es la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse, por ser libres tanto de influencias externas que las controlen como de limitaciones personales que les impidan hacer una genuina opción. Una acción es autónoma si el agente moral obra intencionalmente, con comprensión y sin influencias externas. El respeto a la autonomía exige que se reconozca el derecho del sujeto moral a: 1) tener sus propios puntos de vista, 2) hacer sus propias opciones, y 3) obrar en conformidad con sus valores y creencias personales.
- No maleficencia.* Relacionado con la máxima hipocrática del *primum non nocere*, alude a la obligación de no hacer daño intencionalmente.
- Beneficencia.* Alude a la obligación moral de obrar para ayudar a las demás personas a promover sus intereses legítimos e importantes.
- Justicia.* En el ámbito biomédico alude a la distribución equitativa de derechos, beneficios y responsabilidades o cargas en la sociedad.

Según Beauchamp & Childress (1979), a pesar de la actual falta de acuerdo entre distintas perspectivas éticas, los cuatro principios éticos básicos universales son útiles como punto de partida para la toma de decisiones bioéticas. 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. Dichos principios forman parte de las normas generales de la moral común (Ferrer y Álvarez, 2005). La propuesta principialista supuso un esbozo de marco conceptual normativo y funcional que

permite convertir teorizaciones abstractas en lineamientos de acción para examinar problemas concretos, sus implicaciones y posibles alternativas, sin proponer una nueva teoría moral sino más bien alimentándose de la moral común.

Este intento por abarcar el mayor consenso posible hace que los principios sean muy generales e insuficientes para guiar en las múltiples decisiones morales que se han de tomar, de ahí que deban ser especificados y ponderados. La especificación tiene como objetivo reducir la indeterminación de aquellas normas morales abstractas y proponer guías de actuación concretas (Ramos, 2014). Para especificarlos se debe tener en cuenta la cultura de las personas involucradas y las normas vigentes, entre otros elementos. Al ponderarlos se propone determinar el principio que prevalece en cada situación concreta. Requiere dar argumentos adecuados para justificar una decisión buscando aportar la solución más coherente con el conjunto de la vida moral (Ramos, 2014).

En nuestro país Gracia (1989) considera que la no-maleficencia y la justicia obligan con independencia de la opinión y de la voluntad de las personas implicadas y que, por tanto, tienen un rango superior. Los principios de autonomía y de beneficencia tienen un carácter individual, particular, frente a la no-maleficencia y la justicia que representan el bien común. Estos últimos son expresión del principio general de que todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto. Los principios del bien común son jerárquicamente superiores a los del bien individual. Por tanto, se puede obligar a cumplir con estos dos deberes en contra de la voluntad autónoma de alguien o su noción de bien.

A partir de los años 90 (Casado y Luna, 2012) surgen fuertes críticas al principialismo que dan lugar a nuevas corrientes de pensamiento preocupadas por la forma en que los principios propuestos son capaces de atender a los diferentes contextos culturales donde surgen las problemáticas a gestionar. Se les critica que sean una importación de teorías foráneas a los diversos referentes morales existentes. En este sentido se dice que los cuatro principios son demasiado individualistas. Incluso se llega a proponer un quinto principio denominado “respeto a la comunidad” (Casado, 2009). También se critica el excesivo interés por el principio de autonomía en detrimento de los otros tres principios propuestos, aunque tras la pandemia del COVID19 se ha exigido una mayor atención al principio de justicia (Arnau, 2020).

En el origen de las primeras aproximaciones de los principios de la Bioética (Idareta et al., 2017) al Trabajo Social de España tuvo un gran impacto la traducción al castellano de la obra *Principios de Ética Biomédica* (1999). Gracias a estos principios se enmarcan algunos de los debates éticos más relevantes para la profesión, como son la crítica a la práctica paternalista, basada en el principio de beneficencia, versus la práctica antipaternalista, basada en el principio de autonomía. De hecho, todavía hoy, la beneficencia sigue primando sobre la autonomía, lo cual es consecuencia, entre otros factores, de una formación tecnocrática y resolutiva, centrada en la aplicación de respuestas cerradas y reactivas (Vilar y Riberas, 2017); sin olvidar la burocratización de los procesos de intervención y la falta de tiempo para reflexionar sobre la propia

práctica.

A pesar de las valiosas reflexiones que para la teoría y la práctica del Trabajo Social ha generado el Principialismo, su desarrollo no ha sido lo suficientemente extenso y profundo como en el ámbito clínico. Las trabajadoras sociales no disponen de un marco conceptual sólido que vincule lo normativo con lo práctico de una forma tan clara. Así se constata en la heterogeneidad y abstracción de los principios más influyentes a lo largo del tiempo en la profesión. Como veremos más adelante, estas carencias las encontramos también en el actual Código deontológico del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2020, 4ta Edición) y en la más reciente Declaración Mundial de los principios éticos del Trabajo Social (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2018). Todo ello ha impedido que las trabajadoras sociales puedan traducir los principios éticos en lineamientos de acción que realmente orienten su *praxis* diaria, invisibilizando de paso aquellos debates (tan necesarios y, sin embargo, todavía pendientes) que permitan establecer y distinguir lo que es o no una buena *práctica* en el marco de la profesión.

4. La evolución de los principios éticos en el Trabajo Social.

Los *principios éticos* son los supuestos o puntos de partida que enmarcan una discusión. Contienen *valores* esenciales sobre los que debe existir acuerdo para decidir qué actuación implementar (Román, 2016). Los valores son aquellas orientaciones que permiten acondicionar la vida de los otros y la propia (Cortina, 2012). Estos valores, que vale la pena proteger y promover (Salcedo, 2010) no han sido inventados en el vacío, su creación y evolución tienen lugar en contextos sociales, históricos, políticos y económicos concretos, de ahí que sean cambiantes y diversos.

Enumeramos a continuación los *valores* dominantes en el Trabajo Social desde sus orígenes (Cordero, 2009):

- *La caridad*: la finalidad de la profesión era una forma de *aliviar al individuo* en su situación de necesidad, y de *aliviar a la sociedad*, pues se mejoraban las almas de quienes recibían la ayuda y de quienes la practicaban.

- *El cuidado*: considerado como una forma de ejercer la ayuda. El cuidado lo ejercían mujeres de clases altas que se dedicaban a acciones benéficas y voluntarias y que, con el paso del tiempo, se fue profesionalizando.

- *La justicia*: esta empieza a cobrar mayor protagonismo con el paso del modelo de Estado liberal al Estado intervencionista.

- *La profesionalidad*: fruto de la necesidad de formación de las trabajadoras sociales y coincidiendo con la expansión de las ciencias sociales, la profesión se nutre de las principales corrientes sociológicas, psicológicas y médicas del siglo XX.

Salcedo (2003) añade, fruto del desarrollo del Estado de Bienestar, los valores de eficiencia, responsabilidad, libertad y derechos. Estos suponen la aplicación de la cultura empresarial a la producción de bienestar.

En relación a los *principios*, la propuesta que ha sido más influyente a lo largo de la historia del Trabajo Social es,

sin duda, la de Biestek (Banks, 1997; Salcedo, 2000, 2010; Úriz, 2008; Vicente, 2011), quien en 1966 elaboró una lista de siete principios para, íntimamente unidos, orientar la actuación profesional:

1. La Individuación: supone “el reconocimiento y comprensión de las cualidades únicas de cada cliente, y la utilización diferencial de principios y métodos para ayudar a cada uno de ellos a conseguir una mejor adaptación social” (p. 27).

2. La expresión intencionada de sentimientos: “consiste en el reconocimiento de la necesidad del cliente de expresar los suyos con libertad, en especial los de signo negativo” (p. 37).

3. La participación emocional controlada: “consiste en la sensibilidad del ‘caseworker’ para los sentimientos del cliente, la comprensión de su significado y su respuesta intencionada y apropiada a esos sentimientos” (p. 52).

4. La aceptación: “el ‘caseworker’ percibe al cliente y trata con él, tal como realmente es, con inclusión de todas sus facultades y debilidades, de sus cualidades simpáticas y antipáticas” (p. 72).

5. La actitud exenta de juicios: la tarea de la profesional “excluye la determinación de culpabilidad, inocencia o grado de responsabilidad del cliente en el origen de sus problemas y necesidades, pero abarca la formulación de juicios valorativos sobre sus actitudes, criterios y acciones” (p. 90).

6. La autodeterminación del cliente: “consiste en el reconocimiento práctico del derecho y la necesidad de este de elegir por sí mismo y adoptar sus propias decisiones en el proceso de ‘casework’ (...) limitado por su capacidad para adoptar decisiones de manera positiva y constructiva” (p. 104).

7. La reserva: “consiste en la conservación de la información secreta, referente al cliente, que se revela durante las relaciones profesionales. Se basa en un derecho fundamental del cliente, en una obligación ética del ‘caseworker’ (...). Ese derecho del cliente no es absoluto” (pp. 121-122).

El listado de Biestek estaba pensado para orientar a la profesional en la práctica diaria, centrándose en el contenido de la relación de ayuda que, en aquella época, estaba más consolidada, a saber, el Trabajo Social a nivel individual (Banks, 1997; Salcedo, 2010). Buscaba la adaptación de la persona a la sociedad a través del establecimiento de la relación de ayuda, que se construía manifestando los sentimientos y emociones de ambas partes. A partir de esta relación, el individuo tendría que ser capaz de resolver por sí mismo sus problemas, en el sentido más amplio, creando por sí solo estrategias que le permitiesen adaptarse y convivir con su situación (André, 2018). La trabajadora social debía aceptar todos los aspectos de la persona, incluso aquellos que no aprobara moralmente (por ser todos hijos de Dios) y no enjuiciarla, aunque sí evaluarla. Finalmente reconocía la capacidad de la persona para adoptar decisiones y su derecho a mantener sus datos en secreto. Para Biestek (1966) la presencia de todos estos principios garantizaba una satisfactoria relación profesional.

El listado entró en crisis en los años setenta, cuando se evidenció que se encontraba alejado de las complejidades del Trabajo Social moderno (Banks, 1997), por lo que debían ser superados mediante una transformación dirigida hacia valores colectivos (Salcedo, 2000). Igualmente se debía corregir el marco desde el que se fundamentaba Biestek, ya que los principios que proponía son un claro ejemplo de preceptos católicos convertidos en moral profesional.

Así, en la década de los 90, Sarah Banks planteó unos principios mucho más genéricos y apropiados para otros niveles del Trabajo Social como el grupal y el comunitario. Banks (1997) desarrolla el respeto y la promoción de la autodeterminación, ya propuestos por Biestek, pero focalizándolos como derechos humanos y no como criaturas hijas de Dios.

Entre ambas propuestas, la de Biestek y la de Banks, se produce un salto entre el nivel micro, con criterios específicos para la relación entre trabajadora social y persona atendida, al nivel meso y macro de las abstractas y grandes declaraciones de intenciones. La fragmentación del Trabajo Social en numerosos ámbitos y la diversidad de conceptualizaciones y metodologías, entre otros aspectos, hace que solo una lista lo suficientemente genérica como la de Banks logre un punto de encuentro con el que la profesión pueda comprometerse (Salcedo, 2010). Los principios que propone Banks (1997) son los siguientes:

1. “Respeto hacia” y “promoción de” los derechos de los individuos a la autodeterminación.

2. Promoción del bienestar.

3. Igualdad de trato, de oportunidades y de resultados.

4. Justicia distributiva.

Banks actualiza los principios para dar cuenta de las políticas sociales de la época, pero, debido a su escaso nivel de concreción, no ayuda a orientar a las profesionales. La filósofa reconoce la ambivalencia de los principios en su significado y en sus implicaciones para la práctica puesto que, en caso de conflicto, no es posible eximir a la profesional de sopesar qué interés (el de la institución, el suyo propio o el de la persona para y con la que trabaja) debe prevalecer en cada situación específica. En función de cómo respondan ante estas situaciones.

Banks (1997) distingue entre *profesionales reflexivas* (capaces de integrar valores, conocimientos y capacidades), y *profesionales defensivas* (cumplidoras de los deberes y responsabilidades recogidos por la institución y la ley, y que consideran que no es necesario asumir ninguna responsabilidad extra si se han seguido las reglas y los procedimientos pertinentes en la gestión de los conflictos).

5. Los actuales listados de principios éticos para el Trabajo Social.

Los principios inspiradores del Trabajo Social no son estáticos, han ido evolucionando en el tiempo vinculados tanto a la práctica de la profesión en una realidad social y cambiante como al desarrollo teórico de la misma. Hemos seleccionado los dos documentos que, a nivel estatal e internacional, contienen los principios éticos del Tra-

bajo Social vigentes en la actualidad. Analizaremos el contenido del Código deontológico del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2020, 4ta Edición) y la Declaración Mundial de los principios éticos del Trabajo Social (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2018) con la intención de a) constatar hasta qué punto se ha producido una evolución de los principios éticos; b) indagar si, tal y como están planteados, pueden resultar de utilidad para las trabajadoras sociales; y c) aportar elementos que faciliten su expresión a la cotidianidad de la práctica profesional.

A nivel estatal, encontramos algunos de los principios enumerados como antecedentes del actual Código deontológico del Trabajo Social del Consejo General (2020, 4ª Edición) cuyo contenido abreviado presentamos en la Tabla 2.

A nivel internacional, los dos principales referentes mundiales sobre la ética del Trabajo Social, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) junto con la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social

Tabla 2. Código deontológico del Trabajo Social (2020, 4ta Edición).

| Principios básicos | Guías de referencia |
|--------------------|--|
| 1. Dignidad | 1. Respeto activo a la persona, al grupo o a la comunidad |
| 2. Libertad | 2. Aceptación de la persona |
| 3. Igualdad | 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 | |

Fuente: Código deontológico del Trabajo Social (2020, 4ta Edición).

(AIETS), en la Asamblea de 1976 en San Juan de Puerto Rico, aprobaron el primer “Código Internacional de ética profesional para el trabajador social”, código que se ha ido actualizando en posteriores declaraciones como “La ética del Trabajo Social: principios y criterios” (1994), “La ética en el Trabajo Social. Declaración de principios” (2004) y la “Declaración Mundial de los principios éticos del Trabajo Social” (2018) cuyos principios enumeramos en la Tabla 3.

Tabla 3. Declaración Mundial de los principios éticos del Trabajo Social (2018).

| Principios |
|---|
| 1. Reconocimiento de la dignidad inherente de la humanidad. |
| 2. Promoción de los derechos humanos. |
| 3. Promoción de la justicia social. |
| 4. Promoción del derecho a la autodeterminación. |
| 5. Promoción del derecho a la participación. |
| 6. Respeto a la confidencialidad y privacidad. |
| 7. Tratar a la gente como personas en su totalidad. |
| 8. Uso ético de la tecnología y las redes sociales. |
| 9. Integridad profesional. |

Fuente: Declaración de la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2004).

En relación al contenido de los listados, los principios identificados en los dos documentos analizados no se encuentran fundamentados por ninguna teoría ética concreta, si bien podemos observar principios clásicos de la ética deontológica de Kant (dignidad de la persona; derecho a la autodeterminación), de las éticas teleológicas (bienestar; justicia) y de las éticas dialógicas (participación). A nuestro parecer, la presencia de varias teorías éticas, lejos de ser un problema es una necesidad, dada la complejidad de las situaciones a las que deben ofrecer orientación los principios. Lo que echamos en falta es una mejor articulación entre las distintas teorías, que se traduzcan en una serie de principios fundamentados éticamente.

Debido a la falta de articulación aludida, encontramos una combinación de principios éticos (dignidad; justicia), orientaciones prácticas (tratar a la persona de forma holística), deberes (integridad; confidencialidad), derechos (autodeterminación), conductas esperables (participación) y compromisos (con los derechos humanos). Este *totum revolutum* dificulta la reflexión de las profesionales a la hora de afrontar cuestiones y problemáticas éticas.

En relación a la *evolución de los principios* queda patente que muy pocos varían, algunos permanecen reformulados y otros se amplían. La confidencialidad, el bienestar y la autonomía han estado presentes en el núcleo conceptual de la ética del Trabajo Social desde sus inicios. Estos

principios se van adaptando a las nuevas conceptualizaciones sobre lo que significa ser trabajadora social. Claro ejemplo de ello es el principio de autodeterminación, que ha ido evolucionando desde la idea de una persona que toma decisiones de forma aislada y descontextualizada, hasta consideraciones más actuales de autonomía relacional, según la cual la persona, en tanto ser social y en relación con otras, toma decisiones teniendo en cuenta no solo sus preferencias individuales sino a la violencia estructural en la que se hallan tanto los destinatarios de la intervención social como la mismas trabajadora social. Otro ejemplo es el principio de reserva propuesto por Biestek (1966), convertido en derecho al secreto profesional y deber de confidencialidad hoy.

En relación a su utilidad para las trabajadoras sociales no se explica, por ejemplo, la distinción entre principios básicos y generales, o cómo se puede separar el concepto de justicia social del de derechos humanos o dignidad. Da la sensación, nada buena, de que esos documentos, de tan importantes consecuencias en el quehacer y desarrollo profesional; obedezcan a un conglomerado meramente declarativo poco intencionado fruto de modas conceptuales del momento y el lenguaje de lo políticamente correcto. Poco se alude, por ejemplo, a la doble agencia en la que se encuentra, a veces como en la encrucijada, la trabajadora social a la hora de ejercer su poder para forjar vínculos con las personas y poblaciones con las que trabaja y al mismo tiempo ser la voz del agente que genera las estructuras violentas a las que se quiere poner remedio con la intervención.

La existencia de listados de principios éticos no garantiza que se estén aplicando en las situaciones concretas, ni siquiera que las trabajadoras sociales los tengan presentes en su quehacer diario, cuestiones que suscitan numerosas controversias sobre su sentido y utilidad. En el siguiente apartado, aportamos una serie de elementos que consideramos pueden contribuir a que los principios éticos tengan su expresión en la cotidianidad de la práctica profesional.

6. A modo de conclusión: propuestas para abordar las cuestiones pendientes.

El Trabajo Social se desarrolla alrededor del conjunto de principios que en una sociedad y momento determinados se consideran dignos de ser protegidos. La evolución de las normas y el modelo de sociedad se verán reflejados en los principios que lo acompañan desde sus inicios. Dichos principios, a su vez, reflejan las concepciones que la profesión tiene de las personas con las que trabaja y son el marco y la guía que orientan las intervenciones implementadas.

Las trabajadoras sociales deben dar cuenta de cuáles son los principios que guían su actuación, así como razonar por qué esos y no otros, lo que implica disponer de un conjunto de conocimientos éticos coherente, ordenado y reconocido por toda la profesión. De lo contrario, cada profesional podría actuar basándose en valoraciones e intuiciones morales personales, a veces de forma inconsciente y otras, a pesar de ser consciente, resintiéndose de contradicciones e incoherencias.

Dos cuestiones en las que merece la pena detenerse son:

1) El *carácter axiomático* de los principios propuestos ha dificultado su cuestionamiento desde la profesión. También el hecho de que los listados hayan sido considerados orientaciones generales de obligado cumplimiento para las profesionales, se ha traducido en una ausencia de argumentación que justifique su existencia y jerarquía (Cordero, 2009).

2) No se puede esperar que los principios den las claves para resolver cada una de las situaciones a las que habrán de hacer frente las trabajadoras sociales, lo cual no es razón para mantenerlos en un nivel de *abstracción* tal que les reste utilidad para distinguir lo correcto de lo incorrecto, lo justo de lo injusto y algunas directrices para especificarlos y ponderarlos.

Un marco ético fundamentado y articulado, atendiendo a la propuesta hecha desde la Bioética, proporcionaría una herramienta de utilidad para las profesionales a la hora de identificar y comprender los aspectos éticos involucrados en su práctica. Ante la ausencia de mecanismos para saber cuál prevalece en caso de conflicto, en línea con la especificación y ponderación que vimos en Beauchamp & Childress (1979), en lo que respecta a la moral profesional predomina la *tendencia deontologista*, reduciendo la ética a lo normativo. Es decir, se siguen acríticamente normas en vez de contextualizarlas y cuestionarlas, como ya advertía Banks con su crítica a las profesionales defensivas.

La vinculación de los principios éticos con el Trabajo Social no es una cuestión menor ya que, como venimos advirtiendo, no basta con declarar una serie de buenas intenciones para resultar creíbles y proporcionar los bienes que legitiman la existencia de la profesión. En este sentido, es preciso recordar que para que las profesionales puedan llevar a cabo una práctica ética del Trabajo Social tienen que saber hacerlo (conocimientos), poder hacerlo (estructuras) y querer hacerlo (virtudes).

Para finalizar se comparten una serie de propuestas que consideramos urgentes para profundizar, actualizar y normalizar la dimensión ética del Trabajo Social. En primer lugar, de cara a mantener la vigencia y validez de los principios éticos, se ha de hacer una *revisión y reflexión profunda* sobre los listados que actualmente tienen disponibles las profesionales del Trabajo Social. Dicha revisión ha de ser continua, pública y participativa (contando con la máxima representación del colectivo profesional) y atender a las siguientes cuestiones pendientes:

- En relación al *contenido* está por elaborar una enumeración clara, coherente y fundamentada de los principios éticos que incluya las particularidades de los diferentes ámbitos de intervención del Trabajo Social.

- En relación a la *evolución*, se requiere una actualización de los principios éticos que dé cuenta de las características de la práctica profesional contemporánea.

- En relación a la *utilidad* para distinguir y valorar los diferentes cursos de acción posibles ante una situación, dando y recibiendo explicaciones, se necesita un listado de principios éticos especificados y ponderados.

La revisión propuesta de los principios éticos que actual-

mente orientan a las profesionales es una condición indispensable, pero no suficiente, para garantizar que el colectivo de trabajadoras sociales comparta un ethos profesional. Apelamos, en segundo lugar, a la responsabilidad de las instituciones educativas, profesionales, laborales y políticas para que se involucren en la construcción del marco ético que la profesión precisa. Se requiere de todas ellas para hacer realidad: a) una formación ética durante la etapa universitaria, apropiada en contenido y extensión, que contemple la discusión y análisis ético como parte inherente al ejercicio profesional; b) una definición de lo que es la práctica excelente del Trabajo Social y las virtudes que cabe desarrollar para alcanzarla; c) unos órganos profesionales que velen por el desempeño ético del Trabajo Social, difundiendo y normalizando el uso de los órganos consultivos y de reflexión ética propios de la disciplina; c) unas organizaciones laborales que garanticen la cesión de tiempo, espacios y recursos para la interrelación de la ética con la práctica diaria del Trabajo Social; y d) una ciudadanía empoderada que se reconozca como titular de derechos y exija un trato acorde por parte de las profesionales.

7. Bibliografía.

- Aguayo, C. (2012). La ética y el trabajo social: referentes filosóficos e interculturales para el ejercicio profesional. *Revista Trabajo Social*, 81, 21-31.
- Aguilar, M^a J. y Buraschi, D. (2020). Lo transformativo en el trabajo social. En Fombuena, J. (Coord.). *El Trabajo social y su acción profesional* (p. 251-278). Nau Llibres.
- André, G. (2018). Ética y Derechos humanos en Trabajo social. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXV (117), 29-43.
- Arnau, S. (2020). La COVID-19, cuando la tragedia se convierte en oportunidad. En busca de una bioética inclusiva. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, 65, 99-115. <https://doi.org/10.5565/rev/enrahonar.1309>
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Ediciones Paidós.
- Beauchamp, T. & F. Childress, J. (1979). *Principles of Bio-medical Ethics*. Oxford University Press.
- Bermejo, F. (Coord.). (1996). *Ética y Trabajo Social*. Universidad Pontificia Comillas.
- Bermejo, F. (2002). *Ética de las profesiones*. Desclée de Brouwer.
- Biestek, F. (1966). *Las relaciones de "casework"*. Aguilar S.A. de ediciones.
- Boladeras, M. (2004). Bioética definiciones, prácticas y supuestos antropológicos. *Thémata: Revista de Filosofía*, 33, 383-392.
- Casado, A. (2009). Bioética para legos. *Una introducción a la ética asistencial*. Plaza y Valdés Editores.
- Casado, M. y Luna, F. (Coord.) (2012). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Thomson Reuters.
- Consejo General del Trabajo Social (2020). *Código Deontológico de Trabajo Social* (4ta ed.). Consejo General del Trabajo Social.
- Cordero, N. (2009). *Ética y discursos en trabajo social. Las pioneras de la profesión en Sevilla* [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide].
- Cortina, A. (2012). *Justicia cordial*. Editorial Trotta.
- Cortina, A. (2017). *¿Para qué sirve realmente la Ética?* Paidós Libros.
- De la Red, N. (Coord.) (2020). *Trabajo social, Deontología y Ética profesional*. Consejo General de Trabajo Social.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (1994). *La ética del Trabajo social: principios y criterios*. <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO9128/laeticadel-trabajosocial.doc>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). *Propuesta de Definición Global del Trabajo social*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018). *Declaración Mundial de los Principios Éticos del Trabajo Social*. <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Spanish-Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles.pdf>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2004). *La ética en el Trabajo social. Declaración de principios*. <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/fondo%20documental/TEXTOS%20DOCUMENTOS%20BÁSICOS%20CAP.%20I.8.2.%20III.%20%20FITSSSI-ESCUELAS-BS.pdf>
- Fernández, J. L. (1996). El profesional y las organizaciones: algunos problemas éticos. En Bermejo, Francisco (Coord.). *Ética y Trabajo Social* (p. 105- 154). Universidad Pontificia Comillas.
- Ferrer, J.J. (2016). Bioéticas principialistas. En Ferrer, J.J., Lecaros, J.A. y Molins, R. (Coord.), *Bioética: el pluralismo de la fundamentación* (p. 91-116). Universidad Pontificia Comillas.
- Ferrer, J.J. y Álvarez, J.C. (2005). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea*. Universidad Pontificia Comillas, Editorial Desclée de Brouwer.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de la bioética*. Eudema Universidad.
- Gracia, D. (1999) Prólogo, en Tom Beauchamp, y James Childress, *Principios de Ética Biomédica*. Masson.
- Idareta, F. (2018). *Trabajo social psiquiátrico. Reivindicación ética de la dimensión social en salud mental*. Nau Llibres.
- Idareta, F., Úriz M^a J. y Viscarret, J.J. (2017). 150 años de historia de la ética del Trabajo Social en España: periodización de sus valores éticos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.5209/CUTS.52428>
- Martín, M. (2011). Los dilemas éticos en la profesión de trabajo social. En Zamanillo, Teresa (Dir.), *Ética, teoría y técnica. La responsabilidad política del trabajo social*. (p19-43). Talasa Ediciones.
- Ramos, S. (2014). *El modelo bio-psico-social en la esquizofrenia implicaciones filosóficas y bioéticas*. [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Barcelona].
- Román, B. (2016). *Ética de los servicios sociales*. Herder Editorial.
- Salcedo, D. (2000). La evolución de los principios del trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, 11,79-111.
- Salcedo, D. (2010). Los fundamentos normativos de las profesiones y los deberes de los trabajadores sociales. *Trabajo Social Global*, 1 (11), 10-38.
- Sánchez, A. (2016). *Ética psicosocial. Enfoque comunitario. Actores, Valores, Opciones y Consecuencias*. Ediciones Pirámide.
- Úriz, M^a J. (2008). Dilemas éticos que se plantean en la práctica diaria del Trabajo Social. En Berasaluze, Ainhoa y Ovejas, M^a Rosario (Coord.) *I Jornada Trabajo Social: una mirada ética a la profesión* (p. 87-100). Vitoria-Gasteiz: Vicuña.
- Úriz, M^a J. (2014). Cuestiones éticas en los servicios sociales. En *Congrés de Serveis Socials Bàsics: Vides en crisi(s). Ètica, recerca i creativitat. Transformem el present, construint el futur*. 22, 23 y 24 de octubre. Barcelona.
- Vicente, M.C. (2011). Las complejas e ineludibles relaciones entre ética, teoría y técnica. En Zamanillo, Teresa (Dir.). *Ética, teoría y técnica. La responsabilidad política del trabajo social* (p. 45-79). Talasa Ediciones.
- Vilar, J. (2009). La ética en la práctica cotidiana del ejercicio profesional. *Revista de Educación Social*, 10. <http://www.eduso.net/res/?b=13&c=121&n=358>
- Vilar, J. (2013). *Cuestiones éticas en la educación social. Del compromiso político a la responsabilidad en la práctica profesional*. Editorial UOC.
- Vilar, J. y Riberas, G. (2017). Tipos de conflicto ético y formas de gestionarlos en la educación social y el trabajo social. Retos en las políticas de formación. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 25(52).
- Zamanillo, T. (2012). Modelos de intervención en trabajo social. Criterios de selección para la praxis. En Sobremonte, E. (Ed.), *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España* (p. 153-174). Publicaciones de la Universidad de Deusto.



Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas: La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social.

Experiències de soledat i dependència en (algunes) persones grans hospitalitzades: La crisi de les cures com a repte per el Treball Social.

Experiences of loneliness and dependency in (some) hospitalized elderly people: The care crisis as a challenge for Social Work.

Joan Casas-Martí 

Resumen

A partir de una aproximación cualitativa, se exploran los factores socioculturales que explican y significan las soledades de algunas personas mayores. Los resultados apuntan a que la pérdida de funcionalidad subyacente a algunos procesos de salud-enfermedad, y la consecuente necesidad de un mayor cuidado social que no siempre puede ser satisfecha, se convierten en una coyuntura a través de la cual la soledad puede hacerse patente, escenificándose, en ocasiones, en los procesos de hospitalización. La crisis de los cuidados se ha situado como un marco explicativo sobre el que estas experiencias individuales trascienden al sujeto, reconociendo su dimensión política y social.

Palabras clave: soledad, envejecimiento, dependencia, crisis de los cuidados, Trabajo Social hospitalario.

Resum

Mitjançant una aproximació qualitativa i reflexiva, s'explorin els factors socioculturals que expliquen i signifiquen les soledats d'algunes persones grans. Els resultats apunten a que la pèrdua de la funcionalitat subjacent en alguns processos de salut-malaltia i la consegüent necessitat d'una major cura social, que no sempre pot ser satisfeta, es converteixin en una conjuntura per mitjà la soledat es pot fer patent; escenificant-se a vegades en els processos d'hospitalització. La crisi de les cures s'ha situat com a marc explicatiu sobre el que aquestes experiències personals transcendeixen al subjecte i reconeixen la seva dimensió política i social.

Paraules clau: soledat, envelliment, dependència, crisi de les cures, Treball Social hospitalari.

Abstract

From a qualitative approach, the socio-cultural factors that explain and signify the loneliness of some elderly are explored. The results indicate that the loss of functionality underlying some health-disease processes, and the consequent need for greater social care that cannot always be satisfied, become a conjuncture through which loneliness can become apparent, thus being staged, in occasions, in the hospitalisation processes. The care crisis has been an explanatory framework on which these individual experiences transcend the subject, recognizing its political and social dimension.

Keywords: loneliness, aging, dependency, care crisis, hospital Social Work.

ACEPTADO: 15/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Universitat de Barcelona.

✉ Joan Casas-Martí.
jcasasma@gmail.com

Casas-Martí, J. (2023). Experiencias de soledad y dependencia en (algunas) personas mayores hospitalizadas: La crisis de los cuidados como un reto para el Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 58-65. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40753>

1. Introducción.

Algunos datos apuntan a que la soledad de las personas mayores es un fenómeno sociológico creciente (Yusta, 2019). Además, muchas personas mayores que están solas –en términos de aislamiento social, más que de soledad en sentido subjetivo¹– no salen de sus casas, y la falta de vinculación con la comunidad hace que ni siquiera las veamos (Victor et al., 2000). Sin embargo, hay espacios que, por su naturaleza, conviven paradójicamente con ellas, convirtiéndose en privilegiados para su estudio. Normalmente, los hospitales son instituciones de confianza (Comelles et al., 2017) donde uno llega cuando requiere de una determinada asistencia médico-sanitaria y, en principio, independientemente de la calidad o extensión de su red relacional. A la luz de la alarma que ha generado el ingreso hospitalario –o incluso la muerte– en soledad de muchas personas mayores en el contexto pandémico (Martínez, 2020), las personas que están en contacto con personas hospitalizadas explican que el/la enfermo/a² no siempre ha estado acompañado/a; las soledades circunstanciales surgidas del aislamiento impuesto por el riesgo de contagio, o para evitar la propagación del virus, no son las únicas. Hay un entramado de soledades –y de confinamientos– previo y persistente, que cada vez afecta a más personas mayores, que se manifiesta –también– en los hospitales, y que responde a una serie de factores sociales y culturales que le dan amparo. A este hecho se le suma la emergencia y la extensión de las enfermedades crónicas en este momento del ciclo vital, las cuales motivan ingresos hospitalarios frecuentes que, a menudo, van acompañados de una pérdida de funcionalidad o autonomía; una pérdida, irreversible o no, que lleva a las personas mayores a depender más de los demás (Muñoz, 2004).

Los primeros meses de ejercicio profesional como trabajador social se desarrollaron en un hospital de atención intermedia donde se me hacía partícipe del creciente número de personas que, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad, no tenían a nadie que las pudiera acompañar durante la hospitalización y, especialmente, que las pudiera cuidar en el momento de recibir y afrontar el alta médica. La situación de dependencia generada por determinados procesos de salud-enfermedad obliga a las personas mayores afectadas a hacer una transición entre una vida autónoma y una vida donde requieren de una mayor asistencia de terceros para poder realizar más o menos las actividades de la vida diaria, tales como levantarse, vestirse, lavarse, cocinar o comer (Bofill-Poch y Comas d'Argemir, 2021). En muchos casos, no tener a nadie que te cuide representa un riesgo real para la vida o el bienestar de las personas y, además, puede hacer brotar sensaciones dolorosas en los pacientes solos, de desamparo, de vacío; de una soledad que, aunque ya podía formar parte de sus vidas en forma de aislamiento social, hasta entonces no se había manifestado necesariamente desde una vertiente emocional.

La forma con la que damos respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, se relaciona con una multitud de factores socioculturales y políticos que se plasman en la configuración de un modelo de Estado del bienestar que (re) distribuye el peso de estas responsabilidades entre los dife-

rentes agentes del *care diamond*: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad (Razavi, 2007). Algunos modelos continúan privatizando el cuidado, es decir, trasladándolo casi por completo al ámbito familiar. En nuestro modelo mediterráneo, han sido las familias, y no otras instituciones, las que tradicionalmente se han tenido que hacer cargo (Daly y Lewis, 2011). Los cuidados están desigualmente repartidos; recaen desproporcionadamente en las familias, en concreto en las mujeres, generando desigualdades basadas en componentes de género (Comas d'Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). La incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha ido acompañada de una disminución o redistribución de la carga de trabajo que tienen en sus hogares. Y, junto con la falta de provisión pública de servicios, ha generado una refamiliarización (y, por tanto, refeminización) de las actividades de cuidado (Ezquerro, 2012). En este sentido, se ha definido la *crisis de los cuidados* como la crisis de un modelo basado en el cuidado familiar que hacen las mujeres, siendo cada vez más frecuente que la familia no esté, deje de estar o no disponga de los recursos necesarios para poder cuidar (Pérez-Orozco, 2006). Además, en este marco, el hecho de que la familia sea vista como la principal forma de acceso a disponer de compañía y de protección social se constituye como un escenario cultural desde el que las personas evaluamos y contrastamos nuestras experiencias de compañía o soledad (Gajardo, 2015).

2. Objetivo y metodología.

Con la finalidad de comprender los factores socioculturales que explican y significan las soledades, se concreta el objetivo de explorar la relación entre la crisis de los cuidados y la soledad experimentada por personas mayores en situación de dependencia en los procesos de hospitalización.

A nivel metodológico, se opta por una aproximación cualitativa que incorpora experiencias sistematizadas (Rodríguez, 2019) recogidas, durante los meses de febrero de 2019 y febrero de 2020, durante la praxis profesional en el servicio de geriatría de un hospital de atención intermedia de la ciudad de Barcelona (España). Se utiliza también un diario de campo en el que se plasman reflexiones personales fruto de la actividad profesional sobre las soledades, sin recabar ningún tipo de dato sobre instituciones o personas hospitalizadas, y siguiendo las propuestas metodológicas realizadas, a su vez, por académicas del ámbito del Trabajo Social (Cifuentes-Gil y Pantoja-Kauffmann, 2019). Por otro lado, la realización de entrevistas en profundidad, durante los meses de febrero y septiembre de 2020, configura la segunda etapa de trabajo de campo. A partir de un muestreo de bola de nieve (Brunet et al., 2002), estas se realizaron a cinco profesionales de diferentes dispositivos hospitalarios de geriatría de la ciudad de Barcelona (una médica, una enfermera y tres trabajadoras sociales)³, coincidiendo con el estallido de la pandemia. Todas las profesionales tienen más de diez años de experiencia en el ámbito, excepto una de las trabajadoras sociales, que tiene dos años de experiencia. Con previo consentimiento de las personas participantes, todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas manualmente.

Para el análisis se contó con el soporte del programa ATLAS.ti. El procedimiento consistió en la construcción de un sistema de códigos a partir de una revisión bibliográfica que puso en relación diferentes aproximaciones teóricas a la soledad con las teorías feministas del cuidado y la dependencia, aunque también se destaca la incorporación de códigos *emic* durante el transcurso de la primera etapa de trabajo de campo. Todos ellos quedaron agrupados en tres grandes dimensiones que han dado lugar, con diferentes enunciados, a la estructura de presentación de los resultados del presente artículo: la concepción de los cuidados en el entorno hospitalario, el encuentro con las soledades por parte de los y las profesionales sanitarias, y la relación entre soledad, dependencia y patología.

3. Resultados.

3.1. Siempre se presupone que hay alguien: El hospital como escenario cultural.

Si bien hay una creciente tecnificación y voluntad de optimización de los hospitales de hoy –ajustando, por ejemplo, los días de estancia–, la realidad social ha obligado a repensar y adaptar algunos recursos sanitarios. El envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas llevan a determinados perfiles poblacionales a realizar un mayor número de ingresos hospitalarios con tiempos y complejidades sociales superiores a los de otros procesos (Casas-Martí y González, 2019). La consolidación de la hospitalización intermedia como alternativa a la hospitalización de agudos responde, al fin y al cabo, a esta cuestión (Generalitat de Catalunya, 2017). El perfil de pacientes del hospital de atención intermedia, acorde con lo relatado –grosso modo– por las personas informantes, es el de personas mayores con enfermedades crónicas o procesos postoperatorios, que necesitan cuidados profesionalizados, rehabilitación funcional o control de síntomas en procesos de final de vida, enfermedades oncológicas avanzadas, etc. A los hospitales (casi) todos y todas llegamos en un momento determinado de nuestro ciclo vital: cuando enfermamos, cuando envejecemos, cuando ante el dolor buscamos ayuda, o cuando caemos en la calle y, al no poderlos levantar, alguien alerta a la ambulancia. Las personas que en situación de aislamiento social y/o soledad no deseada también llegan, representando un porcentaje más o menos fiel al de una realidad que se impone y que nos alerta del número creciente de personas desvinculadas de todo y de todos o con vínculos poco satisfactorios. En un contexto no pandémico, muchas personas mayores y solas llegan a los hospitales –por iniciativa propia o de terceros– porque, culturalmente, son identificados como espacios seguros. El *hospitalocentrismo* nos habla de cómo la reforma de los sistemas sanitarios europeos, y el desarrollo de los estados del bienestar a lo largo del siglo XX, han cambiado las representaciones locales de los hospitales, pasando de ser concebidos como asilos para los incurables o refugios para los pobres, a espacios de referencia en los procesos de salud - enfermedad a través de la legitimación cultural que se les otorga (Comelles et al., 2017).

El primer dato clave que emerge de los resultados de esta investigación, y que va a permitir relacionar la crisis

de los cuidados con las soledades, es el hecho de que, paradójicamente, la cuidadora informal, en el seno de la familia, sigue siendo un elemento indispensable para el engranaje hospitalario. Y es que esta, aun con la evidente crisis de los cuidados, no ha dejado de ser –cultural y sociológicamente– la columna vertebral de la provisión de los cuidados en nuestro contexto (Comas d'Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). No es de extrañar que, desde esta lógica, se pida que el/la paciente tenga una persona de referencia, una interlocutora accesible a lo largo de todo el proceso. Desde la maquinaria hospitalaria (más que desde sus profesionales) hay una expectativa de acompañamiento a la persona enferma que nos remite a una estructura social determinada. De hecho, lo primero que se pregunta al enfermo/a que ingresa es si viene acompañado/a. ¿A quién se avisa si esta persona entra en situación de últimos días? ¿Con quién se coordina el alta hospitalaria? ¿Con quién se toman las decisiones terapéuticas? Según Marta Allué, cada paciente es él y sus circunstancias, en tanto que sus acompañantes, si están, forman parte del conjunto y no pueden ser obviadas en el proceso terapéutico, ya que también serán útiles en el futuro. No hay que olvidar que, al salir del hospital, describe la autora, las cuidadoras informales serán las que se hagan cargo del enfermo/a (Allué, 2013, p. 114). Esta expectativa es la que lleva, especialmente en aquellos ingresos con vulnerabilidades asociadas, a la detección de determinadas formas de soledad.

En los hospitales hay gente que va a operarse, el mismo día se va y no te das cuenta de nada. [...] Cuando los ingresos son por enfermedades más complejas, y hay un empeoramiento importante, están más tiempo. En cierto modo convives con ellos y te das cuenta de muchas cosas de su vida. [...] Sobre todo cuando son dependientes y ves si tienen quien los cuide o no (Anna, enfermera, entrevista).

En la mayoría de las familias presentes (aquí, evidentemente, no hago referencia a aquellos casos en los que la familia no está) suele ser una única persona la que asume la responsabilidad de los cuidados. La mayoría de estas cuidadoras son mujeres –hijas, esposas, nueras– una gran parte de las cuales comparten domicilio con la persona cuidada, comparten esta labor con otros roles y no suelen recibir ayuda de otras personas; “la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros acompañantes es moderadamente baja” (Allué, 2013, p. 116). En momentos de crisis por enfermedad, se espera una actitud de cuidado de la familia del paciente y la percepción de prestación de ayuda es la atención permanente. Incluso algunos hospitales ofrecen trípticos informativos a los familiares donde, además de informarles de los horarios de visita, se especifican los procedimientos para ser algo similar a familiares ejemplares: contactar con el equipo asistencial, recibir información del proceso terapéutico, etc. Eso es lo esperable, lo normal. Canguilhem (1970) nos habla de la normalidad como una construcción social que deriva de los sistemas simbólicos de normas y valores de una sociedad para delimitar lo aceptable de lo desviado (p. 91). El engranaje de un hospital contempla el no estar acompañado como una desviación, aunque no sea extraño encontrarse con personas solas; todo está pre-dispuesto a contar con una cómplice familiar que, aparte

¹ En algunos ámbitos académicos, se habla de *soledad objetiva y subjetiva*, contraponiendo el *estar solo* con el *sentirse solo* (Yusta, 2019). En diferentes casos se hablará de soledades –en plural– para englobar ambos conceptos y visibilizar, al mismo tiempo, sus complejidades inherentes.

² En algunos casos, y con el fin de aproximarnos a las nomenclaturas hospitalarias, se empleará el término *enfermo/a* o *paciente* haciendo referencia a las personas hospitalizadas.

³ La estrategia para preservar la privacidad de las informantes es la pseudonimización. A lo largo del texto, haré referencia a ellas como Cori (médica), Anna (enfermera) y Verónica, Mia y Claudia (trabajadoras sociales o TS).

de acompañar, facilite la salida del / de la paciente en aquellos casos en que irrumpa una situación de limitación física que haga necesaria su presencia, con el fin de asegurar los cuidados que la persona enferma requerirá en el momento del alta.

En el hospital, si no tienes una persona de referencia estás solo/a y eso tendrá unas implicaciones, especialmente si la soledad va acompañada de necesidad de cuidados, supervisión en los tratamientos médicos al alta o dependencia para las actividades de la vida diaria. Pero al margen de esto, una enfermera también comentaba que trabajar con las personas que están solas es mucho más difícil que trabajar con personas que están acompañadas, tanto para el equipo que las atiende como para los/as usuarios/as. Por un lado, hay una percepción de que los familiares, si están, suelen dar más información sobre el proceso de enfermedad del paciente a los/las profesionales sanitarios y, en definitiva, más elementos para el diagnóstico. Y, por otro lado, también hizo referencia a algunos/as pacientes en situaciones críticas que hacen una negación del diagnóstico y delegan a las familias el intercambio con los y las profesionales: “Habla tú con el médico que yo prefiero no saberlo”.

3.2. Cuando la soledad deja de ser invisible: Algunos perfiles de soledad en los hospitales.

Uno de los días que pasaba por las habitaciones, me encontré a un enfermo que estaba solo. Lo vi un poco triste. Cuando lo saludé le pregunté si tenía algún problema, pues lo veía preocupado; alzó la mirada y dijo: ‘La soledad que está impuesta por las circunstancias de la vida no es buena. Es una soledad que no ayuda a vivir con ilusión, se pierde el interés por las cosas de la vida, no encuentras el sentido de por qué vives’ (Puga, 2018, p. 65).

Más allá de lo que se entienda por soledad en el ámbito hospitalario, estudiar las soledades, y tratar de comprender el orden social que subyace en las mismas, implica darse cuenta de la variabilidad de formas de vivirla. Para entender mejor la soledad de las personas mayores, es necesario observar cómo ha sido su curso de vida, las desigualdades y oportunidades con las que se han encontrado, así como el contexto social en el que han vivido (Martínez y Celdrán, 2019). Por eso, es importante no homogeneizar, y entender que los envejecimientos son diversos y, por tanto, las soledades también.

En los servicios hospitalarios de geriatría se encuentran personas muy acompañadas y personas sin ningún tipo de acompañamiento. La escala de grises entre estas dos casuísticas polarizadas es muy amplia y nos ocuparía largas discusiones, así como por el hecho de que estar, o no, acompañado/a no implica sentirse, o no, solo/a, aunque ambas casuísticas mantengan una estrecha relación (Victor et al., 2000). En este sentido, y aunque la hospitalización se conciba como un proceso de vulnerabilidad que debe ser acompañado por imperativo moral (Allué, 2013), los testimonios que se han recogido comparten que cada vez es más frecuente encontrar personas que están solas, en sentido objetivo, durante los ingresos. Personas mayores que se encuentran solas debido a pérdidas asociadas a su edad, personas que no han tenido hijos, personas que han tomado la decisión de vivir solas,

personas que han vivido eventos traumáticos, personas acompañadas, pero sin una reciprocidad en el cuidado, personas que dicen estar acompañadas y más adelante reconocen no estarlo, etc.

Con el paso del tiempo vemos que nuestros pacientes cada vez llegan a ser más mayores y, a veces, por circunstancias de la vida, pasan a estar solos. Tenemos pacientes a los que incluso sus hijos ya han muerto, por diferentes motivos como accidentes o enfermedades. (Anna, enfermera, entrevista).

A medida que las personas envejecemos, diversos cambios o eventos, como la jubilación o la pérdida, se convierten en más probables y prevalecen, lo que limita nuestras redes sociales (Victor et al., 2000). Distintas investigaciones que han abordado la amistad a lo largo de la vida ponen sobre la mesa que los cambios y la pérdida de contacto con los amigos y amigas generan soledad. Además, y de acuerdo con algunas teorías contractivas, el envejecimiento restringe las perspectivas de escapar de la vida individual y hace que las circunstancias parezcan definitivas, por lo que puede haber una resignación (Nicolaisen & Thorsen, 2014). En clave de género, algunos/as sanitarios/as explican que las mujeres suelen estar más acompañadas durante los ingresos por el hecho de haber construido un vínculo de reciprocidad con sus familiares que, si bien amenaza con desaparecer, sigue más presente que con los hombres. La enfermera entrevistada dice que se encuentran muchos más hombres desvinculados, sin red de apoyo: “Es una impresión, pero creo que [los hombres] no crean un vínculo tan emocional con sus familias, con sus hijos... y eso hace que se desvinculen más fácilmente”. Algunos estudios contradicen o hacen más compleja esta cuestión, mostrando resultados divergentes al respecto (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018). Otra variable a considerar es la viudedad, la cual también ha sido estrechamente vinculada a la soledad emocional (Weiss, 1973), definida como el sentimiento de vacío que conlleva la ausencia de una relación en la que el otro había vertido todo su ser.

Hay parejas de personas mayores que, incluso con una leve dependencia, mínimamente iban tirando. Se han acompañado siempre y no han necesitado a nadie más. Algunas de ellas no han tenido hijos por diversas circunstancias. [...] Cuando uno de ellos cae, y muere, el otro se queda solo, sin ningún tipo de apoyo: ni primos, ni hermanos, nadie. Tampoco han tenido la oportunidad de hacer amigos o de tener contacto con alguien más. [...] Cuando uno se queda solo de esta manera pasa a sentirse muy solo, lo cual es normal. (Cori, médica, entrevista).

Retomando la dimensión subjetiva de la soledad –o la llamada soledad no deseada– hay personas que, por determinadas circunstancias, son más susceptibles de sufrirla en un hospital: personas con barrera idiomática, déficits sensoriales, visuales o auditivos, deterioro cognitivo, bajo nivel de instrucción, etc. Además, las personas llegan al hospital con su mochila de relaciones; es decir, partiendo de una situación personal y relacional concreta que puede tomar más o menos relevancia –en términos de soledad– en función del motivo de ingreso o del proceso de enfermedad que estén viviendo. En esta línea, la

médica entrevistada –Cori–, que durante su residencia había podido rotar en diferentes servicios sanitarios, explicaba que en los centros de atención primaria llegan muchas personas mayores que se sienten solas y, a diferencia de los hospitales, sin un motivo médico aparente: “Van con el pretexto de la analítica, de la receta, o porque tienen un dolor por aquí o por allá, y solamente es para estar con el médico, sentarse y hablar”. Son situaciones de soledad que muchas veces no traspasan la barrera emocional y eso hace que no se consideren prioritarias. Si bien diversos estudios sobre la hiperfrecuentación médica hablan de este fenómeno como un problema que contribuye al colapso de los recursos sanitarios (Sandín y Conde, 2010), son situaciones de soledad que no representan un problema desde un punto de vista biomédico; más allá de sentirse solas, tienen sus necesidades básicas cubiertas –a ojos de la institución–, y tampoco se concibe como una señal de alarma.

En el ámbito sanitario, las soledades que pueden ser leídas como problemáticas, u ocasionar conflictos, son aquellas que tienen que ver con la falta de una familia, o de un entorno inmediato equiparable, que pueda dar respuesta a las necesidades de cuidado social producidas por la enfermedad. Necesidades insatisfechas, en tanto que la institución que –en el modelo actual– debería dar respuesta no está, o no tiene capacidad para darla. En este marco, la soledad objetiva se convierte en un problema de múltiples ejes que incumbe a la organización social de los cuidados (Comas d’Argemir y Soronellas-Masdeu, 2021). Por un lado, por el desamparo al cual se ve abocada la persona, extendido en una coyuntura de austeridad de los servicios públicos y de inaccesibilidad o falta de respuesta por parte de otros/as agentes de cuidado, como el mercado o la comunidad; y, por otro lado, por las implicaciones emocionales que se derivan de ello, en términos de malestares causados por las frustraciones relacionadas con las expectativas de compañía y protección social que, culturalmente, situamos al constructo de familia (Gajardo, 2015).

3.3. Soledades, dependencia y patología: El ingreso como un antes y un después.

Durante el envejecimiento es frecuente que algunos procesos de enfermedad impliquen una pérdida progresiva de funcionalidad. Las enfermedades crónicas, o eventos repentinos como caídas o fracturas, motivan ingresos hospitalarios en los que la persona experimenta un retroceso de su autonomía. Con la edad, cada vez es más común la irreversibilidad de estas pérdidas. El ingreso hospitalario es escenario de la toma de conciencia de aquellas personas que quizás no podrán vivir autónomamente, al menos por un periodo de tiempo. Drotbohm (2015) habla de la crisis haciendo referencia a aquellas situaciones de vulnerabilidad que llevan a los miembros de la sociedad caboverdiana a reclamar la ayuda de otros. Tomando esta idea, perfectamente extrapolable, la enfermedad, la pérdida de autonomía, son una crisis para el paciente en tanto que le obligará a reorganizar su vida para tener cubiertas sus necesidades más básicas y, en definitiva, poder sobrevivir.

Tenemos ingresada a una señora a quien le robaron la bolsa saliendo de un centro comercial. Se fracturó el sa-

cro. Es una mujer de 75 años que vivía sola, llevaba una vida muy autónoma, salía a caminar cada día. De un momento a otro pasó a ser totalmente dependiente. [...] Ahora tiene miedo de volver a casa, temor de no poder hacer las cosas que hacía antes. (Verónica, TS, entrevista).

Las personas inmersas en una situación de soledad objetiva (Yusta, 2019) viven, en estos momentos de vulnerabilidad, una insatisfacción de las demandas de cuidado: “Por tanto, la noción de crisis puede interpretarse como la ausencia, amenazante o real, de atención en un momento determinado” (Drotbohm, 2015, p. 97). Las personas que se encuentran en esta situación necesitan de los demás y no los tienen: “¿Qué hago cuando me den el alta? ¿Quién cuidará de mí? A partir de ahora no me puedo cuidar yo solo”. La crisis de los cuidados nos habla, precisamente, de un modelo que, habiéndose basado en la solidaridad familiar intergeneracional, amenaza con desaparecer (Pérez-Orozco, 2006). De acuerdo con las observaciones y con los testimonios de las profesionales entrevistadas, algunas personas empiezan a sentirse solas, o al menos así lo verbalizan, cuando se dan cuenta de que no disponen del apoyo que necesitan. Pero también es común que aquellas soledades que no iban más allá de una sensación incómoda o dolorosa pasen, en esta coyuntura, a visualizarse desde el riesgo.

La falta de alguien que pueda proveer los cuidados necesarios a la persona en situación de dependencia pone en riesgo su supervivencia y bienestar. Mia –TS– hablaba del hospital como un lugar donde las personas están más frágiles, más vulnerables y también más expuestas: “su cuerpo y su psicología están expuestos”. La primera detección de la soledad que amenaza la vida suele venir por parte de enfermería: “al final son ellas las que están con los pacientes todo el rato”. El hecho de convivir con las personas enfermas pone en evidencia la dependencia y el desamparo. En el hospital donde trabajé el equipo de enfermería hacía una valoración al ingreso a todos los y las pacientes. Una de las preguntas que hacían a los enfermos era si vivían solos y si tenían familia. “En caso de que se detecte que hay un aislamiento, se envía una alerta al equipo de Trabajo Social, como ha pasado con Josep⁴”, me comentaba la TS. Josep era un hombre con deterioro cognitivo que el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) llevó a urgencias después de haber caído en la calle. Resulta que la dirección que dio al hospital no correspondía con la suya. Las personas que vivían allí contestaron que no conocían a aquel señor. La agudización del deterioro cognitivo de base lo llevó a no recordar dónde vivía. Tampoco recordaba si tenía familia y en la historia clínica no constaba ningún teléfono de referencia. Nadie lo fue a buscar y tampoco denunciaron su desaparición. El hospital es una puerta de entrada a la soledad, en tanto que en un momento de debilidad y vulnerabilidad –cuando se escenifica que necesitamos de los demás–, llegan personas invisibles, desvinculadas de todo y de todos.

La incuestionable emergencia de las soledades en el ámbito hospitalario llevó a formular preguntas sobre su relación con los procesos mórbidos objeto de su atención. En la revisión bibliográfica efectuada, los vínculos entre soledad, aislamiento y mala salud física y mental aparecían

⁴ Mia hizo referencia a este paciente a partir de un nombre ficticio.

de forma constante (Segura et al., 2020; Víctor et al., 2000). Y, además, el apoyo y las relaciones sociales satisfactorias han sido consideradas, en estudios de máximo rigor e impacto, como uno de los principales factores de protección de la salud (Wilkinson y Marmot, 2003).

A lo largo de mi experiencia profesional, me ha sorprendido ver informes médicos e historias clínicas donde la falta de apoyo social es colocada como un diagnóstico, compartiendo líneas con la diabetes tipo I o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Paradójicamente, cuando confrontaba a los/las profesionales, sobre todo médicos y médicas, me lo reconocían más bien como una circunstancia que interfiere en el proceso de salud - enfermedad y que debe tenerse en cuenta de cara a planificar el tratamiento y el alta. También destacaban que hay determinadas enfermedades que son especialmente enemigas de la soledad, como las demencias. Si bien plantearse la soledad como una enfermedad generaba dudas entre los/las informantes, en un entorno hospitalario es comúnmente aceptado por parte de sus profesionales que las personas mayores que viven solas y/o no disponen de un entorno que satisfaga sus necesidades de cuidado, realizarán un mayor número de descompensaciones a nivel clínico y requerirán más ingresos hospitalarios.

En esta línea, expertos en soledad como Yanguas (2022), han advertido de la necesidad de no patologizar la vida cotidiana, entendiendo la soledad como un sentimiento que –como la tristeza– nos acompaña a lo largo de las trayectorias vitales.

La soledad no es una enfermedad, pero sí es parte de las enfermedades. [...] Si hay alguna patología previa, es muy fácil que el paciente se desestabilice con más facilidad y necesite más ingresos hospitalarios. Por ejemplo, alguien que tiene una insuficiencia cardíaca o una diabetes y que vive solo, que no tiene quien le controle lo que come, que no tiene conciencia de enfermedad... es alguien que se descompensará y volverá pronto al hospital. (Cori, médica, entrevista).

La soledad se diagnostica, en los hospitales, en aquellos casos en que hay una falta de cuidadora y una mayor necesidad de recibir cuidados. Esto se debe a que, esta situación, supone un riesgo real para la supervivencia del / de la paciente, yendo más allá de las implicaciones emocionales que pueda tener para la persona. Que determinadas formas de soledad se diagnostiquen no es casual, ya que tendrá unas implicaciones en las intervenciones médicas y sociales que se realizarán en el seno del proceso terapéutico, incluyendo la planificación del alta hospitalaria por parte de Trabajo Social (Colom, 2000). El objeto de este artículo no ha sido el de indagar sobre esta cuestión, pero sí es importante recalcar que las respuestas que se pueden dar desde las otras instituciones proveedoras de cuidado, más allá de la familia, son totalmente insuficientes, especialmente si no se cuenta con capacidad económica para acudir al mercado de servicios. Y es que, aunque la Ley de dependencia, del año 2006, supuso un gran avance en términos de reconocimiento de la dimensión social del cuidado, los años de austeridad la han abocado a la imposibilidad de dar la atención necesaria (Comas d'Argemir, 2014).

4. Reflexiones finales.

Este es el resultado de una investigación que, desde el ámbito hospitalario, ha tratado de contribuir al análisis de los factores socioculturales que explican y significan las soledades, concretamente, explorando la relación que estas establecen, en personas mayores en situación de dependencia, con el fenómeno de la crisis de los cuidados. Una relación que se ha visto como conflictiva, en tanto que, en un contexto de mayor necesidad de acompañamiento, genera malestares imbricados en un modelo que sigue situando a la familia en el centro de la provisión del cuidado cuando esta no siempre puede dar respuesta, y en un momento en el que las demás formas institucionales que componen el *care diamond* (Razavi, 2007) destacan por su inaccesibilidad, precariedad o ausencia. Soledades que tienen que ver con personas que, encontrándose en una situación de gran vulnerabilidad, como cuando ingresan en un hospital y experimentan una pérdida importante de autonomía y funcionalidad, se dan cuenta de que no tienen a nadie a su lado que pueda cuidarlas cuando (más) lo necesitan.

El auge de las enfermedades crónicas, y el aumento de la esperanza de vida, lleva a muchas personas mayores a sufrir procesos de pérdida de autonomía más o menos progresivos. La emergencia de la enfermedad con la edad, o las (re)agudizaciones de las enfermedades de base, las llevan a ingresar en los hospitales y, paralelamente, en muchos de los casos, a perder una funcionalidad que las obliga a depender, más que anteriormente, de los/las demás. El ingreso se configura, así, como un punto de inflexión, en especial para aquellas que partían de una situación de (cierto) aislamiento social. Las personas solas y en situación de dependencia deben enfrentarse a sus nuevas limitaciones funcionales; deben tomar conciencia de las pérdidas, pero también del deterioro de sus vínculos sociales y de la necesidad de reorganizar sus vidas.

Teniendo claro que las situaciones de dependencia, en sentido estricto, son las que más fácilmente nos permiten visualizar la relación entre las soledades y la crisis de los cuidados, no hemos de olvidar que –como ya decían las pioneras del Trabajo Social, y posteriormente recuperaron Butler (2006) y otras teóricas feministas– todos y todas somos interdependientes y, por tanto, todos y todas tenemos –en menor o mayor medida– necesidad de recibir cuidados y capacidad para ofrecerlos. Por tanto, es necesario ampliar el constructo y entender que algunas de las soledades que no responden necesariamente a la falta de un cuidado básico u orientado a la supervivencia más que a la calidad de vida –y que, en este trabajo, aparecían como no prioritarias a ojos de los paradigmas biomédicos– podrían, también, encontrar un marco explicativo en esta crisis, comprendiendo la falta o la insatisfacción en relación con elementos de cuidado tan relevantes con el estar, el escuchar o el acompañar. En definitiva, la crisis del modelo de cuidados se presenta, por un lado, como un reto mayúsculo para el Trabajo Social, en tanto que no solo es productora de soledad, sino que también sitúa el quehacer de la profesión en un contexto hostil, extendido en el marco de la insuficiente provisión de asistencia pública, marcada por la crisis económica - financiera de 2008 y de reproducción social,

el austericidio, los recortes a nuestro sistema público, la mercantilización del cuidado, la actual coyuntura de recuperación pospandémica, y la inexistencia de un modelo comunitario o de solidaridad ciudadana. Pero, por otro lado, también se presenta como una oportunidad de cambio que nos permita situar los cuidados en el centro de las prioridades sociales, concibiéndolos en un sentido amplio, y dejando de sustentarlos en la reproducción de desigualdades. En este sentido, las propuestas de futuro no pueden dejar de pasar por la visibilización de estas realidades sociales, reivindicando la posición privilegiada que ocupamos los y las trabajadoras sociales para hacerlo; por el posicionamiento de la profesión en las éticas del cuidado y la justicia social (Cubillos, 2014); así como por la contribución en el debate más amplio en torno al replanteamiento –urgente– de nuestro modelo de cuidados.

5. Bibliografía.

- Allué, M. (2013). *El paciente inquieto: Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Edicions Bellaterra.
- Bofill-Poch, S. y Comas d'Argemir, D. (2021). Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes. En Dolors Comas d'Argemir y Silvia Bofill-Poch (Eds.), *El cuidado de mayores y dependientes: Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social* (pp. 9-34). Icaria.
- Brunet, I., Pastor, I. y Belzunegui, À. (2002). *Tipus de mostreig. Tècniques d'investigació social*. Pòrtic.
- Butler, J. (2006). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. S. XXI editores.
- Casas-Martí, J. i González, S. (2019). La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 127-143. <https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.08>
- Cifuentes-Gil, R. M. y Pantoja-Kauffmann, G. F. (2019). *Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas*. Editorial Brujas.
- Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. S. XXI de España Editores.
- Comas d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20, 167-182. <https://doi.org/10.34096/mora.n20.2339>
- Comas d'Argemir, D. y Soronellas-Masdeu, M. (2021). Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 22, 5-18. <https://doi.org/10.17345/aec22.5-18>
- Comelles, J. M., Alegre-Agís, E. y Barceló, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de análisis cultural*, 10, 57-85. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social*, 87(1), 3-18. <https://revistatrabajosocial.uc.cl/index.php/RTS/article/view/2570/2532>

Daly, M. y Lewis, J. (2011). El concepto de 'social care' y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 225-251). Catarata.

Drotbohm H. (2015). Shifting Care Among Families, Social Networks, and State Institutions in Times of Crisis: A Transnational Cape Verdean Perspective. Dentro de: E. Alber, H. Drotbohm (Eds.), *Anthropological Perspectives on Care*. Palgrave Macmillan.

Ezquerro, S. (2012). Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español. *Revista de Economía Crítica*, 14, 124-147. <https://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/507>

Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta bioethica*, 21(2), 199-205. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>

Generalitat de Catalunya (2017). *Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: Conceptualització i introducció als elements operatius*. Departament de Salut. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>

Martínez, R. (2020). *Confinar la soledad*. Observatorio de la Soledad, Amigos de los Mayores. <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/confinar-soledad>

Martínez, R. y Celdrán, M. (2019). *La soledad no tiene edad*. Explorando vivencias multigeneracionales. Observatori de la Soledat, Amics de la Gent Gran.

Muñoz, M. (2004). Reflexiones en torno al trabajo social hospitalario. *Revista de Treball Social*, 176, 51-56.

Nicolaisen, M. & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), 229-257. <https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b>

Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37. <https://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/388>

Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>

Puga, A. (2018). *Y camino con ellos*. Paulinas.

Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. *Gender and Development Programme, Paper number 3*. United Nations Institute for Social Development. <https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-questio>

Rodríguez, A. (2019). La sistematización de experiencias como método de investigación para la producción del conocimiento. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 4(1), 113-123. <http://dx.doi.org/10.33936/rehuso.v4i1.2143>

Sandín, M. y Conde, P. (2010). Hiperfrecuentación: Percepción de los profesionales de atención primaria

- sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27. <http://doi.org/10.1016/j.j.cali.2009.07.007>
- Segura, C., Pinazo-Hernandis, S., Quiles, A. y Yanguas, J. (2020). *Soledad. Fórum de debate: Hacia una Sociedad Cuidadora*. Mémorea Fundación.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud.
- Yanguas, J. (2022). *Soledad y ciclos de vida*. Mesa redonda en las I Jornadas Internacionales sobre Soledad: 9 y 10 de noviembre de 2022, Barcelona, España.
- Yusta, R. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la Gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 88, 25-42. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2019.0014>



Revisión bibliográfica sobre la Vulnerabilidad Social y los procesos de hospitalización: una mirada desde el Trabajo Social sanitario.

Revisió bibliogràfica sobre la Vulnerabilitat Social i els processos d'hospitalització: una mirada des del Treball Social sanitari.

Bibliographic review on Social Vulnerability and hospitalization processes: a view from Social Medical Work.

Laura Morro-Fernandez¹ , Concha Vicente Mochales² , Ingrid Pineda-Perez³ , Josep Gualinyà Casas⁴ , Carmina Puig-Cruells⁵ 

Resumen

En las últimas décadas se ha escrito mucho acerca de la vulnerabilidad y sus correlatos con el Trabajo Social en cuanto a planificación, prevención y atención a la ciudadanía en el ámbito sanitario. El objeto de esta revisión bibliográfica es la descripción de la cuantificación de los ítems que conforman la variable de vulnerabilidad social en los procesos de hospitalización de personas adultas. Metodología: Aplicando las palabras clave “vulnerabilidad social”, “determinantes sociales de la salud”, “población adulta”, “ítems” y “escala” se identificaron 2369 artículos en diferentes bases de datos (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc y PubMed). Resultados: Se consideraron relevantes para nuestro estudio 154 artículos, y mediante su análisis se cuantificaron 33 ítems o factores relacionados con la vulnerabilidad social en el ámbito de la hospitalización, siendo los más prevalentes la situación económica, el nivel educativo, el acceso a la sanidad, inestabilidad / situación de la vivienda y el apoyo social. Conclusión: La vulnerabilidad es un término dinámico y complejo que engloba diferentes factores sociales los cuales impactan en el proceso de la hospitalización en adultos/as y se deben tener en cuenta en la práctica del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Palabras clave: vulnerabilidad social, adultos, hospitalización, revisión bibliográfica, Trabajo Social.

Resum

En les últimes dècades s'ha escrit molt sobre la vulnerabilitat i els seus correlats amb el Treball Social quant a planificació, prevenció i atenció a la ciutadania en l'àmbit sanitari. L'objecte d'aquesta revisió bibliogràfica és la descripció de la quantificació dels ítems que conformen la variable de vulnerabilitat social en els processos d'hospitalització de persones adultes. Metodologia: Aplicant les paraules clau “vulnerabilitat social”, “determinants socials de la salut”, “població adulta”, “ítems” i “escala” es van identificar 2369 articles en diferents bases de dades (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc i PubMed). Resultats: Es van considerar rellevants per al nostre estudi 154 articles, i mitjançant la seva anàlisi es van quantificar 33 ítems o factors relacionats amb la vulnerabilitat social en l'àmbit de l'hospitalització, sent els més prevalents la situació econòmica, el nivell educatiu, l'accés a la sanitat, inestabilitat / situació de l'habitatge i el suport social. Conclusió: La vulnerabilitat és un terme dinàmic i complex que engloba diferents factors socials els quals impacten en el procés de l'hospitalització en adults/es i que s'han de tenir en compte en la pràctica del Treball Social en l'àmbit sanitari.

Paraules clau: vulnerabilitat social, adults, hospitalització, revisió bibliogràfica, Treball Social.

Abstract

In recent decades, much has been written about vulnerability and its correlates with Social Work in terms of planning, prevention and citizen care in the health care setting. The purpose of this literature review is to describe the quantification of the items that make up the variable of social vulnerability in the processes of hospitalization of adults. Methodology: applying the keywords “social vulnerability”, “social determinants of health”, “adult population”, “items” and “scale”, 2369 articles were identified in different databases (Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc and PubMed). Results: 154 articles were considered relevant to our study, and through their analysis we quantified 33 items or factors related to social vulnerability in the hospitalization setting, the most prevalent being economic situation, educational level, access to health care, housing instability / situation and social support. Conclusion: Vulnerability is a dynamic and complex term that encompasses different social factors that impact on the process of hospitalization in adults and that must be considered in the practice of Social Work in the health care setting.

Keywords: social vulnerability, adults, hospitalization, literature review, Social Work.

Morro Fernández, L., Vicente Mochales, C., Pineda Pérez, I., Gualinyà Casas, J. y Puig Cruells, C. (2023). Revisión bibliográfica sobre la Vulnerabilidad Social y los procesos de hospitalización: una mirada desde el Trabajo Social sanitario. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 66-75. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40796>

ACEPTADO: 25/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹ Universitat Rovira i Virgili, Programa de Doctorado Interuniversitario en Trabajo Social. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tarragona, España. Unidad de Trabajo Social Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona, España.

² Servicio de Trabajo Social H.G.U Gregorio Marañón (Madrid). Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.

³ Unidad de Trabajo Social Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona, España.

⁴ Investigador independiente.

⁵ Universitat Rovira i Virgili. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tarragona, España.

✉ Laura Morro Fernández. lauramorrof@gmail.com

1. Introducción.

En los últimos años, las Ciencias Sociales y de la Salud en general, y el Trabajo Social en particular, han centrado sus esfuerzos en la descripción, análisis y sistematización de los factores sociales que intervienen en los procesos de salud / enfermedad. El Trabajo Social sanitario tiene ante sí el reto de sistematizar su práctica a partir del estudio de los factores sociales y sus múltiples interrelaciones con la desigualdad y la inequidad en la salud de las poblaciones, adoptando el concepto de la vulnerabilidad social como uno de los elementos clave en los procesos de inclusión y exclusión social.

La situación social que aparece tras la crisis global de 2008, con la fuerte destrucción de empleo, la pobreza y el decrecimiento económico que surge producto de la crisis, trajo consigo importantes desigualdades a nivel mundial con un considerable aumento de las desigualdades sociales y la pobreza extrema para diversos sectores de la población. La pandemia producida por el virus SARS-CoV-19 agravó la situación de la población, que no se había recuperado de los efectos de esta crisis económica y global, que se hallaba en una situación de “fragilidad” ante cualquier contingencia social y económica. Así, al igual que sucedió en la última gran pandemia, la provocada por el virus del SIDA en los años ochenta (Lisboa & Almeida, 2017; Ayres et al., 2003), los factores sociales que influyen y determinan los procesos de enfermedad, han sido elementos clave para establecer tratamientos clínicos eficaces, así como adecuadas estrategias de salud pública para mejorar su tratamiento.

La importancia de incorporar los factores sociales al ámbito sanitario se inició en la segunda mitad del siglo pasado, denominándose determinantes sociales de la salud (Cotanda, 1994; Dahlgren & Whitehead, 1992; Lalonde 2002), e incorporándose en las estrategias de gestión de los servicios de salud y políticas sanitarias de los diferentes países occidentales (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Tormo y Lahiguera, 2015). Aplicando esta propuesta multicausal se llegó a una construcción categorial de los determinantes sociales como agentes moduladores de los procesos de enfermedad y salud (Solar & Irving, 2007), siendo necesaria su incorporación en el estudio de las desigualdades e inequidades sanitarias que se producen en el ámbito sanitario (Palomino et al., 2014). Dichas variables podrían determinar que el consumo de recursos sanitarios y, por lo tanto, los costes en salud de una comunidad pudieran variar según las características sociales de la misma (Cabrera-León et al., 2017).

Este enfoque integral permitió incorporar a la medicina conceptos que antes sólo se utilizaban en el estudio de las Ciencias Sociales, y así es como la desigualdad social, la fragilidad, los factores de riesgo y la vulnerabilidad social se incorporaron a las Ciencias de la Salud (Araujo, 2015), siendo objeto desde entonces de análisis y de estudio por las sociedades médicas.

Uno de estos conceptos, la vulnerabilidad social, ganó relevancia como una de las variables primordiales a estudiar en los procesos de salud y enfermedad y las desigualdades asociadas a dichos procesos. Es un concepto multidimensional, polisémico y dinámico, situado entre la integración social y los procesos de exclusión social (Cas-

tel, 1992) y que afecta a las personas, diferentes grupos, comunidades y territorios, que representan mayores dificultades para acceder a la atención sanitaria en las mismas condiciones que el resto de la población (Busso, 2001; Ramasco et al., 2017).

Si bien el término vulnerabilidad surgió del ámbito de la geología y de la gestión de los desastres naturales, utilizándose como adjetivo para caracterizar a los entornos o poblaciones con mayor probabilidad de sufrir riesgos, a lo largo del tiempo fue aplicándose a las Ciencias Sociales e incorporándose en las teorías de la desigualdad social que emergieron en Latinoamérica en los años noventa. Estas teorías, expuestas en foros como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), describían la vulnerabilidad social como un fenómeno complejo, cuyas causas se encontraban en las instituciones y en prácticas sociales, económicas y personales que habían originado las prácticas de las políticas liberales. De esta manera, concluían que la vulnerabilidad social era una condición de riesgo y/o de fragilidad (Moreno, 2008), es decir, un estado de elevada exposición a determinados riesgos, combinada con una capacidad disminuida para protegerse de ellos. Dicha concepción teórica se trasladó al ámbito de la Salud Pública para dar respuesta a la problemática originada con la irrupción del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que requería de una intervención integral más allá de una atención meramente médica que implicaba contemplar, también, los factores sociales y culturales de las personas afectadas.

Desde entonces se han articulado diferentes enfoques teóricos en la investigación sobre el concepto de la vulnerabilidad en el ámbito sanitario; unos relacionan el concepto de vulnerabilidad con la exposición y sensibilidad a agentes externos y la capacidad de adaptación o resiliencia del ser humano (Adger, 2006; Ricoeur, 2008), mientras que otros definen la vulnerabilidad como el resultado de un proceso hacia la exclusión social, asociándolo a las características de las desigualdades en salud (World Health Organization, 2011; Pinsker et al., 2011). Estos estudios muestran que la vulnerabilidad social implica un descenso de las posibilidades de las personas para disfrutar de un estado de salud óptimo (salud definida como bienestar y como derecho), convirtiéndose en una variable a tener en cuenta en la investigación clínica y en la gestión de recursos sanitarios. Se han establecido comunidades y grupos vulnerables frente a diferentes enfermedades (Farooqi et al., 2022; Kaplan & Leitman, 2022; Walls et al., 2022; Yoo et al., 2022) con el objetivo de minimizar el riesgo de inequidad sanitaria, pero es difícil encontrar estudios que analicen y sistematicen las características individuales de las personas usuarias frente a los factores sociales que integran el estado de vulnerabilidad.

Si bien es importante poder valorar la vulnerabilidad social en todos los ámbitos de la sanidad, en los hospitales es de vital importancia, ya que los riesgos sociales no abordados entre pacientes hospitalizados con condiciones agudas y crónicas contribuyen a complicaciones costosas, a hospitalizaciones previsibles (Phillips et al., 2020), reingresos hospitalarios (Hughes et al., 2022) y una mayor tasa de mortalidad (Lipshutz et al., 2022).

Existen diferentes clases de vulnerabilidad, dependiendo

del riesgo asociado o del grupo humano al que afecte, pero, de entrada, podemos diferenciar entre la vulnerabilidad individual, la micro vulnerabilidad, o la de grandes colectivos humanos, las denominadas macro vulnerabilidades (Cabieses, 2016). Sobre estas últimas, se han desarrollado diferentes instrumentos para medir el impacto de la vulnerabilidad social en diferentes comunidades y grupos poblacionales, la más utilizada en el ámbito sanitario es el Índice de Vulnerabilidad Social (*Social Vulnerability Index*). El Índice de Vulnerabilidad Social (SVI) es una escala formulada por los Centros para el Control de Enfermedades, y está geocodificada como una clasificación porcentual a nivel de tramo censal. El SVI es potencialmente aplicable para evaluar el riesgo de las poblaciones y detectar disparidades locales. Diferentes estudios utilizan esta escala para determinar grupos vulnerables y aplicar medidas correctoras para la desigualdad que presentan (Carmichael et al., 2020; Diaz et al., 2022; Ki-noush et al., 2022), pero al ser una escala censal, no se recogen las características individuales del paciente, sino las del espacio en el que las personas residen, por lo que se requiere de otros instrumentos para evaluar también las características personales e individuales de los/las pacientes (Lee & Scanlon, 2007; Varughese et al., 2021).

En la actualidad existen diferentes instrumentos para medir estas circunstancias en personas mayores y en infancia, pero no hay instrumentos que cuantifiquen la vulnerabilidad social individual en el ámbito de la población adulta en general, por lo que es necesario para el Trabajo Social sanitario estudiar los ítems que pueden caracterizar la vulnerabilidad en esta franja de edad, para cuantificar y medir las circunstancias de riesgo de los/las usuarios/ usuarias ingresados/as (Straehle, 2016), y establecer intervenciones sociosanitarias para minimizarlas. El objetivo de este trabajo es identificar, mediante una revisión bibliográfica las variables de vulnerabilidad social individual, en personas adultas hospitalizadas (franja de edad comprendida entre los 18 y 65 años) descritas en la literatura científica-médica, con la finalidad de elaborar un marco teórico instrumental desde el Trabajo Social que permita cuantificar la vulnerabilidad individual de las personas durante su ingreso hospitalario, describiendo los factores proximales que afectan más directamente a la salud, con el objetivo futuro de construir un instrumento para identificar y cuantificarla.

2. Material y métodos.

El diseño del estudio ha sido el de la revisión de literatura especializada empleando todos los recursos disponibles para acercarse al procedimiento al de la revisión sistemática, aunque sin alcanzar completamente los requisitos de ésta última. Se ha optado por la revisión de la literatura especializada con el fin de identificar y evaluar los artículos que plantean y/o usan la cuantificación de la vulnerabilidad social y se ha optado por el acercamiento a los requisitos de la revisión sistemática por los siguientes motivos:

1. Por ser el método más eficaz cuando se desean las máximas garantías de reproducibilidad.
2. Porque el registro de la revisión, en nuestro caso en PROSPERO, ofrece el protocolo de búsqueda de otras

revisiones y procura la publicación de esta revisión en las fases iniciales de desarrollo.

3. Para listar de forma exhaustiva los factores sociales de carácter individual utilizados por la práctica socio-sanitaria y vinculados a la vulnerabilidad social que conformarán el diagnóstico social sanitario de forma personalizada.

4. Por la mayor dedicación que requiere este tipo de búsqueda que tiende a ser recompensada con la promesa de una mayor utilidad para los/as colegas y sus indagaciones.

En este proceso se han ejecutado la mayoría de los 27 criterios de la lista de verificación PRISMA –Preferred Reporting of Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis– excluyendo la evaluación del riesgo de sesgo de los artículos seleccionados, por no ser objeto de nuestro estudio valorar la calidad de investigación de los mismos, sino la conceptualización y cuantificación de los factores de vulnerabilidad que en ellos aparecían y que en ocasiones no eran el objeto de estudio de los mismos.

La estrategia de búsqueda incluyó las bases Scopus, Web of Science, DialNet, Academic Search Ultimate, CINAHL, Psichodoc y PubMed. La base Web of Science, a su vez, incluye las bases Core Collection (SSCI y otros), KCI-Korean Journal Database, MEDLINE(R), Russian Science Citation Index y SciELO Citation Index. La búsqueda se realizó con pocos días de diferencia entre el inicio y la culminación de la fase: entre el 19 y el 24 de julio de 2022. Se tomó nota de la fecha y hora de la búsqueda en cada base de datos, así como la expresión de búsqueda que se detalla a continuación.

Las palabras clave se escogieron llevando a cabo primero una revisión preliminar exploratoria con los términos de búsqueda y la clasificación del constructo de vulnerabilidad en el marco de las personas adultas hospitalizadas. Se valoraron por separado los términos “vulnerabilidad” y “social” y se optó por la expresión conjunta “vulnerabilidad social” para obtener la inclusión de los artículos que se centran en este tipo de vulnerabilidad. Durante este proceso se identificó la terminología “determinantes sociales de la salud” como concepto importante en la exploración de factores sociales en la literatura clínica, por lo que se decidió incluir como palabras clave de búsqueda.

El término “hospital*” fue incluido con el asterisco, porque de esta manera los motores de búsqueda devuelven como resultados, tanto los estudios en los que aparece el término hospital como aquellos que contienen sus derivados (“hospitalización”, “hospitalizado” o “hospitalario”). Respecto a los términos destinados a limitar la búsqueda a los estudios que cuantifican la vulnerabilidad social, se opta por “índice” y “escala” para recoger los dos conceptos principales en toda cuantificación (valor y contexto).

Otro motivo por el que se llevó a cabo la revisión preliminar fue la búsqueda de otras revisiones que ya hubieran abordado nuestra cuestión. No fue encontrada ni en la revisión previa ni después del proceso, reevaluándose durante el protocolo de registro de la revisión de la literatura en el repositorio PROSPERO.

Los términos de búsqueda finalmente fueron (1) “vulnera-

Tabla 1. Expresiones de búsqueda.

| Bases | Expresión |
|--|---|
| Scopus Academic Search Ultimate CINAHL PsicoDoc | ("social vulnerability" OR "social determinants of health") AND hospital* AND (index OR scale) |
| DialNet | ("vulnerabilidad social" OR "determinantes sociales de la salud") AND hospital* AND (índice OR escala) |
| Web Of Science | ((TS= ("social vulnerability" OR "social determinants of health")) AND TS=(hospital*)) AND TS=(index OR scale) |
| PubMed | ((("social vulnerability"[Title/Abstract]) OR (social determinants of health [Title/Abstract])) AND (hospital*[Title/Abstract])) AND ((index [Title/Abstract] OR scale [Title/Abstract])) |

Fuente: Elaboración propia.

bilidad social" o "determinantes sociales de la salud", (2) hospital* y (3) índice o escala. En inglés los términos fueron (1) "social vulnerability" or "social determinants of health", (2) hospital* and (3) index or scale.

Los operadores booleanos y la expresión de búsqueda se adaptaron a la sintaxis requerida por cada base de datos como se puede ver en la Tabla 1. Si bien es la misma en muchas de ellas, difiere en el caso de *WebOfScience* y *PubMed*. En *DialNet* fue en español, mientras que en las demás la obligación de publicar el *abstract* también en inglés permitió usar sólo la expresión en inglés.

En los campos de búsqueda se seleccionaron todos los artículos revisados por pares tanto en inglés como en español. No se limitaron las fechas de búsqueda para obtener una imagen de la aparición y desarrollo del concepto de nuestro interés: la cuantificación de la vulnerabilidad social en personas adultas hospitalizados. Se obtuvieron un total de 2367 documentos. Con este primer dato arranca el diagrama de flujo que se puede observar en la figura 1. En este diagrama se resumen los principales datos en cada fase de la estrategia de búsqueda de esta revisión de literatura.

Para la extracción y análisis de los datos se construyó una base de datos en el servicio de *Google Sheets*. Se guardó una copia de los resultados obtenidos en la búsqueda de cada base de datos sin modificación alguna, duplicándose estos datos en otro archivo para poder añadir columnas en las que tomar nota de las fases posteriores. Los datos descargados incluían en todos los casos el título, autores/as, publicación, año de publicación, *abstract* y enlace al texto completo. En una hoja resumen se tomaron nota del día y hora de búsqueda, la expresión de búsqueda y la cantidad de resultados obtenidos.

La primera tarea de tratamiento de datos fue el descarte de todos aquellos estudios que habían aparecido duplicados. Se encontraron 750 duplicados. Destacan 211 duplicados correspondientes a los resultados obtenidos en la base de datos *PubMed*, que está completamente integrada al *WebOfScience*. Se optó por mantener los registros de estos estudios duplicados, si bien se etiquetaron en una de las columnas para poder filtrarlos más adelante permitiendo, con ello, visualizarlos u ocultarlos a voluntad.

Los criterios de inclusión, de forma simétrica al alcance planteado en la investigación, fueron estudios en los que se cuantificaba la vulnerabilidad o los determinantes sociales de la salud en pacientes adultos/as hospitalizados/as. Se construyó una clasificación ad-hoc de los distintos tipos de vulnerabilidad para tener una imagen de la estructura que debería tener el contexto teórico tanto de la búsqueda como de fases posteriores de nuestra indagación (la tabla 2 muestra estas categorías no excluyentes). Estas categorías se construyeron a partir de las asociaciones más comunes utilizadas en los estudios clínicos (enfermedad, riesgo, determinantes sociales de la salud, exclusión sanitaria y factores sociales) y que nos ayudaron a definir y complementar el concepto de vulnerabilidad.

Los criterios de exclusión aplicados a los resultados obtenidos de las búsquedas fueron los estudios de ámbito geriátrico, pediátrico, ajenos a las instalaciones hospitalarias, la vulnerabilidad clínica (terminología que hace referencia a algunas características individuales que provocan una peor evolución ante una enfermedad) la vulnerabilidad de grupo (poblaciones con una determinada característica común que se han definido como vulnerables según su posición en la escala socioeconómica y/o cultural) la vulnerabilidad comunitaria (las denominadas macro vulnerabilidades, compartidas por poblaciones en su conjunto) y un apartado con otros motivos que principalmente, pero no solamente, fueron estudios históricos y muchos del medioevo y primera revolución industrial. Volviendo al proceso de registro se tomó nota tanto de los motivos de exclusión como de los motivos de inclusión. Se hizo una primera clasificación tras la lectura de título y abstracts dando un total de 190 inclusiones y 1427 exclusiones. En este primer cribaje el criterio a seguir ante cualquier duda es el de inclusión. Esto tenía que ser así ya que la siguiente fase sería la lectura completa del texto y con ello se obtendría una profundización que permitiría resolver la mayoría de las dudas.

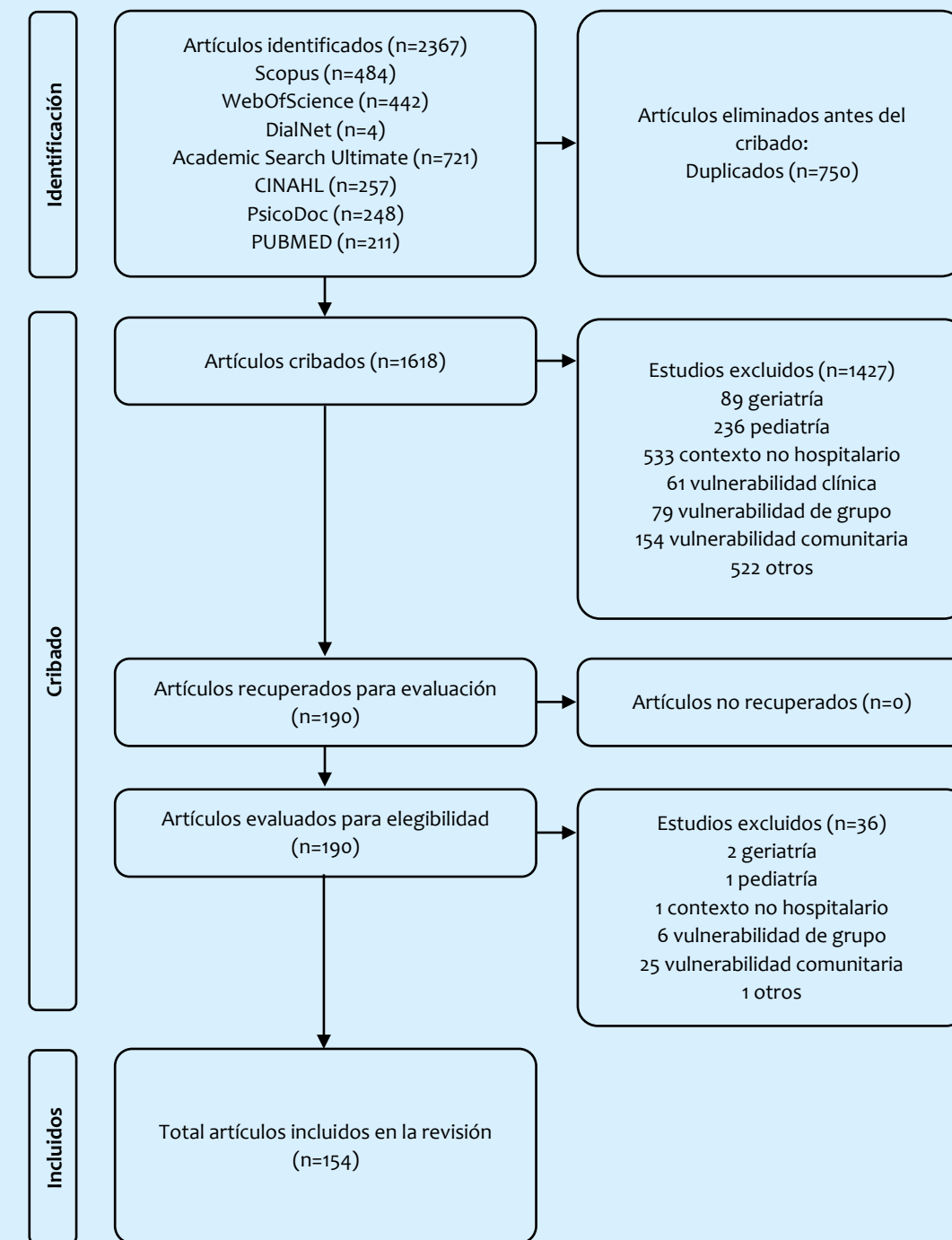
La segunda fase consistió en la lectura de los textos completos de los estudios incluidos. Se excluyeron 35 estudios, quedando 155 estudios que se evaluaron a pares, con el objetivo de minimizar el sesgo de un solo evaluador/a. En esta fase se plantearon 8 casos discrepantes que fueron debatidos y evaluados hasta consensuar la inclusión o exclusión definitiva. Se excluyó un documento. En la figura 1 mostramos el proceso de búsqueda y selección de los artículos a partir de las estrategias descritas.

Tabla 2. Clasificación ad-hoc.

| |
|---|
| Vulnerabilidad asociada a una enfermedad |
| Vulnerabilidad y riesgo |
| Vulnerabilidad y determinantes sociales de la salud |
| Vulnerabilidad social y exclusión sanitaria |
| Vulnerabilidad social y factores sociales |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios.



Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados.

Del total de los 154 documentos incluidos en la revisión, 33 (un 21,4%) fueron clasificados como estudios de cohorte, 29 (18,8%) como estudios longitudinales, 20 (13%) como estudios observacionales, 18 (11,7%) como estudios transversales / prevalencia, otros 18 como estudios clínicos y otras clasificaciones inferiores al 10% (Tabla 3). Destacamos 3 revisiones sistemáticas y 3 revisiones de literatura de las cuales 5 son recientes (2020-22). La mayoría de los estudios fueron escritos en inglés (95%) y las

publicaciones provienen principalmente de Estados Unidos (46%) pero también de España (5,2%), Irán (4,6%), Brasil (3,3%), Australia (3,3%), Francia (2,6%), Chile (2,6%), Canadá (2,6%) y otros 33 países. A lo largo de los últimos 8 años hay un muy considerable incremento de estudios que cumplen los criterios de inclusión (94,8% entre 2015 y 2022 respecto solo un 5,2% entre 2007 y 2014). Una vez analizados los 154 artículos incluidos en el estudio, se listaron y ordenaron todos los factores relacionados con la cuantificación de la vulnerabilidad social de las personas adultas en un proceso de hospitalización (Tabla

Tabla 3. Características de los estudios incluidos.

| Tipo | Estudios incluidos (n) % |
|--------------------------------------|--------------------------|
| estudio de cohorte | 33 (21,43%) |
| estudio longitudinal | 29 (18,83%) |
| estudio observacional | 20 (12,99%) |
| estudio transversal / prevalencia | 18 (11,69%) |
| estudio clínico | 18 (11,69%) |
| estudio ecológico / poblacional | 11 (7,14%) |
| estudio comparativo | 5 (3,25%) |
| estudio de métodos combinados | 4 (2,6%) |
| estudio cualitativo | 4 (2,6%) |
| estudio caso-control | 4 (2,6%) |
| revisión sistemática | 3 (1,95%) |
| revisión de literatura | 3 (1,95%) |
| estudio simulación | 1 (0,65%) |
| estudio de diseño cuasi experimental | 1 (0,65%) |
| Lengua | Estudios incluidos (n) % |
| EN | 146 (94,81%) |
| SP | 8 (5,19%) |
| Origen | Estudios incluidos (n) % |
| US | 71 (46,1%) |
| Spain | 8 (5,19%) |
| Iran | 7 (4,55%) |
| Brazil | 5 (3,25%) |
| Australia | 5 (3,25%) |
| France | 4 (2,6%) |
| Chile | 4 (2,6%) |
| Canada | 4 (2,6%) |
| otros | 46 (29,87%) |
| Año de publicación | Estudios incluidos (n) % |
| 2007-2010 | 2 (1,3%) |
| 2011-2014 | 6 (3,9%) |
| 2015-2018 | 31 (20,13%) |
| 2019-2022 | 115 (74,68%) |

Fuente: Elaboración propia.

4). Con un total de 33 ítems identificados, se ordenaron de mayor a menor, teniendo en cuenta el número de apariciones del ítem en los artículos revisados, con el objetivo de ponderarlos en posteriores momentos del proceso de estudio e investigación.

Si analizamos esta tabla, observamos que los factores con mayor impacto en la cuantificación de la vulnerabilidad son los que describen categorías económicas, sociales y laborales asociadas a los determinantes sociales de la salud (situación económica, educación, acceso a la sanidad, situación laboral e inestabilidad o vivienda en malas condiciones). Estos ítems, son los que Solar & Irwing

(2006) denominan factores específicos o intermedios en su estudio sobre los determinantes sociales de la salud e inequidad. Son factores de carácter individual que junto con los factores estructurales (factores distantes vinculados a los valores sociales, políticos y culturales) afectan la salud de las personas y comunidades. Si bien, la situación económica ocupa el primer lugar en la literatura revisada, en los siguientes puestos el nivel educativo, el acceso a la sanidad (tener cobertura sanitaria), el estado de la vivienda (y/o su inestabilidad) y la situación laboral tienen un lugar relevante en los resultados. Estos efectos nos aproximan a las perspectivas clásicas de la vulnerabilidad social, donde se suman a los factores económicos, todos aquellos factores sociales y políticos que conforman los estados de vulnerabilidad social.

Los ítems de apoyo social (12,8%) y apoyo familiar (7,7%) están ampliamente descritos en los artículos revisados como indicadores de la vulnerabilidad social. Estos son entendidos como las transacciones de ayuda, afecto y afirmación y su falta nos conduce a valorar condiciones de vulnerabilidad también en el ámbito sanitario, por lo que deberán ser explorados por los/as profesionales del Trabajo Social en la valoración global de las personas hospitalizadas. Estos últimos ítems relacionados con el apoyo y soporte social podrían estar vinculados con la variable de estado civil (8,3%) donde las personas solteras o viudas pueden estar en situaciones de soledad no deseada y, por lo tanto, situadas en peor posición de apoyo que el resto. En los textos revisados también aparece el factor sexo, no entendido como género, sino en su clasificación binaria, que podría explicarse como una consecuencia de la consideración de vulnerabilidad grupal hacia el sexo femenino, aunque no es concluyente. El estudio bibliográfico realizado, si bien excluyó la vulnerabilidad de género incluyó ésta como una variable individual de vulnerabilidad para los procesos de inequidad sanitaria. Esta es una cuestión que en sí misma exigiría de un estudio *ad hoc* y que se retomará en futuras investigaciones.

Si bien los ítems que puntúan menos de 7%, presentes en menos de 10 artículos, representan muy poca relevancia en el conjunto de la revisión realizada, incluyen temas importantes como la discapacidad, la funcionalidad, el estigma, la adherencia al tratamiento, los hábitos o el acceso a los servicios comunitarios, entre otros, son significativos y se deben tener en consideración en la exploración del / de la profesional del Trabajo Social para evaluar los estados de vulnerabilidad individual en el ámbito hospitalario.

4. Discusión.

El concepto de salud, como el de vulnerabilidad, no es un estático, está atravesado por las condiciones sociales que acompañan a los/as ciudadanos/as. Los resultados de esta investigación describen los factores sociales que acompañan los procesos de salud / enfermedad en el ámbito hospitalario. Definimos la vulnerabilidad social como un estado indicador de inequidad y desigualdad social (Kaztman, 2000) por lo que hablar de vulnerabilidad social en el ámbito sanitario, implica traer a primer plano la “cuestión social” (Castel, 1997) y los problemas

sociales de la ciudadanía, entendida ésta como sujeto de derechos, especial, en el derecho a la salud (ONU, 2008). Los resultados confirman, en primer lugar, lo descrito por la literatura especializada en el tema sobre la multidimensionalidad del concepto de la vulnerabilidad aplicado al campo social y sanitario (Feito, 2007). En segundo lugar, que los determinantes sociales de salud son factores relevantes para los procesos de salud / enfermedad. Y, en tercer lugar, la variabilidad de los ítems encontrados en nuestro estudio muestra el carácter poliédrico y dinámico del concepto de vulnerabilidad (Ayres et al., 2003); esta “no es pobreza”, no define un estado económico ni material, sino un conjunto de variables interrelacionadas. La carencia de derechos es “carencia de poder y oportunidades” en tanto en cuanto limita el acceso a los servicios y prestaciones del Estado de Bienestar como son la educación, la sanidad, el trabajo, las pensiones y los servicios sociales (Roldán et al., 2013) y a sus prestaciones y servicios, situando al ciudadano/a en una clara situación de desventaja social. Estos efectos nos aproximan a las teorías clásicas de la vulnerabilidad social, en las que autores/as como Castel (1992, 1997), Pizarro (2001), Busso (2001) y Feito (2007), fueron los/ las primeros/as en sustituir el binomio vulnerabilidad/pobreza, incorporando las dimensiones más allá del ámbito económico que el término requiere.

La utilización de una técnica sistemática para la obtención de los resultados va a proporcionar al Trabajo Social teoría, técnica y ética para atender el fenómeno y planificar estrategias de intervención. Las variables que describimos no por conocidas son menos valiosas: el nivel económico, la educación, la vivienda, la situación laboral, el estado civil, el apoyo social y el apoyo familiar son las que más influyen en el estado de vulnerabilidad. Nos remiten y confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para los procesos de tratamiento de las enfermedades crónicas. Según describe el *Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación para el abordaje de la cronicidad* (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas en situación de desempleo respecto de la población activa. De igual modo, las personas con enfermedades crónicas tienen más probabilidades de perder su empleo, así como más dificultades para incorporarse al mercado laboral. Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde la atención primaria de salud para este colectivo. El acceso al sistema sanitario condiciona en gran medida la hospitalización y la continuidad asistencial. ¿Por qué? Porque la exclusión al sistema sanitario priva del derecho a la asistencia en los primeros niveles de atención y conduce a la ciudadanía al hospital en caso de crisis, determinando así en gran medida el pronóstico y la recuperabilidad de las personas afectadas.

Estudiar los ítems de apoyo social y familiar implica hablar de redes sociales y de los intercambios y flujos relacionales, emocionales y materiales que en estas se efectúan. A más fragilidad de estas redes menos posibilidades de soporte y sostén (Erten et al., 2022; Jin et al., 2021; Kim et al., 2021).

Tabla 4. Ítems considerados en los estudios revisados.

| Ítems | Estudios incluidos (n) % |
|--|--------------------------|
| situación económica | 90 (57,7%) |
| nivel educativo | 57 (36,5%) |
| acceso a la sanidad o seguro médico | 46 (29,5%) |
| inestabilidad vivienda o vivienda en malas condiciones | 45 (28,8%) |
| situación laboral | 39 (25%) |
| apoyo social | 20 (12,8%) |
| estado civil | 13 (8,3%) |
| apoyo familiar | 12 (7,7%) |
| minoría étnica | 12 (7,7%) |
| sexo | 11 (7,1%) |
| inseguridad alimentaria | 9 (5,8%) |
| religión | 7 (4,5%) |
| dificultades en el transporte | 6 (3,8%) |
| residencia rural/urbana | 5 (3,2%) |
| conocimiento del idioma | 4 (2,6%) |
| características familiares | 4 (2,6%) |
| alfabetización en salud | 3 (1,9%) |
| discapacidad | 3 (1,9%) |
| participación comunitaria | 2 (1,3%) |
| antecedentes penitenciarios | 2 (1,3%) |
| acceso a servicios básicos | 2 (1,3%) |
| discriminación | 2 (1,3%) |
| exposición factores de riesgo | 2 (1,3%) |
| riesgo ambiental | 2 (1,3%) |
| problemas en la crianza | 2 (1,3%) |
| profesión | 1 (0,6%) |
| hábitos | 1 (0,6%) |
| estigma | 1 (0,6%) |
| autopercepción de barreras | 1 (0,6%) |
| densidad de población | 1 (0,6%) |
| adherencia | 1 (0,6%) |
| pérdida de autonomía | 1 (0,6%) |
| bienestar emocional | 1 (0,6%) |

Fuente: Elaboración propia.

Los grandes avances biotecnológicos de la Medicina están ayudando en la cura y tratamiento de las enfermedades. Ahora bien, los resultados de esta investigación confirman la necesidad de traer a primer plano la vulnerabilidad y los determinantes sociales de la salud en la intervención clínica y social para minimizar la inequidad y la exclusión sanitaria. Disponer de instrumentos que evalúen el impacto de los factores de riesgo puede significar establecer estrategias sociosanitarias que los minimicen y posibiliten intervenciones integrales desde la gestión compartida en el área social y clínica. El Trabajo Social ti-

ene así el reto de ordenar su práctica a partir de la sistematización de la información de los datos sociales producto de sus intervenciones.

5. Limitaciones del estudio.

Las revisiones bibliográficas tienen sus limitaciones al estar configuradas a partir de un árbol de decisiones excluyentes creadas por los/as autores/as de estas. El primer sesgo, se inicia con la formulación de los términos de búsqueda, que delimitan un espacio conceptual y por lo tanto un gran desafío, ya que las expresiones de búsqueda van a marcar el resto de la investigación. Otra de las decisiones que ha podido limitar el estudio es el análisis de inclusión / exclusión a partir de los abstracts publicados. Si bien es cierto que en la mayoría de los artículos el *background* es un resumen donde aparecen los conceptos más relevantes de la publicación, el hecho de basarnos sólo en ellos puede haber hecho perder alguna información que no apareciera en los mismos.

Otra limitación es la elección de las bases de datos ya que, debido a la búsqueda expresa de relación entre el concepto de vulnerabilidad social y el ámbito de la hospitalización, nos inclinamos por incorporar preferentemente bases de datos de características médicas, sin olvidar incorporar bases de datos sociales, que no proporcionaron muchos resultados a la búsqueda.

Por último, también se descartó la inclusión de Google Académico como base de datos por su limitada funcionalidad en el filtrado y la calificación. En síntesis, sólo hemos analizado revistas y publicaciones en bases de datos con una gran capacidad de búsqueda, descartando aquellas bases de limitada funcionalidad en el filtrado y calificación (Gehanno et al., 2013).

6. Conclusiones.

Para la práctica del Trabajo Social en el ámbito de la salud es fundamental poder establecer y definir con mayor claridad y precisión aquellas situaciones o estados de riesgo que afectan a los procesos de enfermedad, por lo que es necesario poder establecer de una forma más precisa qué factores definen la vulnerabilidad social individual de las personas hospitalizadas. Si bien, el concepto de vulnerabilidad social engloba diferentes factores o ítems que afectan a los procesos de hospitalización de las personas adultas, estos no han sido definidos de una forma precisa por la literatura. En esta revisión bibliográfica hemos podido constatar la multidimensionalidad del término, hallando disparidad en el uso de este en las diferentes investigaciones, identificando una gran variedad de factores sociales que lo definen. Esta diversidad en la conceptualización de los estados de vulnerabilidad social individual en el ámbito hospitalario puede dificultar la tarea de los/las profesionales del Trabajo Social, profesionales dedicados/as a minimizar el impacto de estos estados de riesgo, por lo que es necesario proporcionar elementos que ayuden a la evaluación diagnóstica de la vulnerabilidad social en las personas ingresadas en una institución hospitalaria.

Una vez definidos estos factores que componen la vulnerabilidad social, sería importante establecer cuáles de ellos

son más relevantes, por lo que en futuras investigaciones trabajaremos en la cuantificación y ponderación de los ítems identificados en esta investigación.

7. Bibliografía.

- Adger, W.N. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.02.006>
- Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos riesgos concomitantes? *Novedades en Población*, XI(210), 89-96. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/215/248>
- Ayres, J. R. de C. M., Franca Junior, I., Calazans, G. J., e Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 121-143 <https://repositorio.usp.br/item/001528349>
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. *Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- Cabieses, B. (2016). Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. *Universidad del Desarrollo*, 450. <http://hdl.handle.net/11447/1459>
- Cabrera-León, A., Daponte-Codina, A., Mateo, I., Arroyo-Borrell, E., Bartoll, X., Bravo, M.J., Domínguez-Berjón, M.F., Renart, G., Álvarez-Dardet, C., Marí-Dell'Olmo M., Bolívar-Muñoz, J., Saez, M. Escribà-Agüir, V., Palència, L., López, M.J., Saurina, C., Puig, V., Martín, U., Gotsens, M., ... Bernal, M. (2017). Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 194-203. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.014>
- Carmichael, H., Moore, A., Steward, L., & Velopulos, C. G. (2020). Disparities in emergency versus elective surgery: comparing measures of neighbourhood social vulnerability. *Journal of Surgical Research*, 256, 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.002>
- Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. En F. Álvarez-Uría (Coord.) *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales*, p. 25-36. Endimión. ISBN 84-7731-119-6
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de La Cuestión Social. Una crónica del salariado*. Paidós.
- Cotanda, F. L. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde. *Gaceta sanitaria*, 8(43), 189-194. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(94\)71192-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(94)71192-4)
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., (1991). Políticas and strategies to promote social equity in health. Background

document to WHO - Strategy paper for Europe," *Arbetsrapport 2007:14*, Institute for Futures Studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

- Diaz, A., Beane, J. D., Hyer, J. M., Tsilimigras, D., & Pawlik, T. M. (2022). Impact of hospital quality on surgical outcomes in patients with high social vulnerability. Association of textbook outcomes and social vulnerability by hospital quality. *Surgery*, 171(6), 1612-1618. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.10.021>
- Erten, Ö., Biyik, İ., Soysal, C., Ince, O., Keskin, N., & Tasci, Y. (2022). Effect of the Covid 19 pandemic on depression and mother-infant bonding in uninfected postpartum women in a rural region. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04580-8>
- Farooqi, A., Dimentberg, R., Glauser, G., Shultz, K., McClintock, S. D., & Malhotra, N. R. (2022). The impact of gender on long-term outcomes following supratentorial brain tumor resection. *British Journal of Neurosurgery*, 36(2), 228-235. <https://doi.org/10.1080/02688697.2021.1907307>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 30, 7-22. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0199>
- Gehanno, J. F., Rollin, L., & Darmoni, S. (2013). Is the coverage of Google Scholar enough to be used alone for systematic reviews. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-7>
- Hughes, K., Olufajo, O. A., White, K., Roby, D. H., Fryer, C. S., Wright, J. L., & Sehgal, N. J. (2022). The influence of socioeconomic status on outcomes of lower extremity arterial reconstruction. *Journal of Vascular Surgery*, 75(1), 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.08.071>
- Jin, Y., Assanangkornchai, S., Fang, M., Guan, W., Tian, B., Yu, M., & Du, Y. (2021). Measuring the uptake of continuous care among people living with HIV receiving antiretroviral therapy and social determinants of the uptake of continuous care in the southwest of China: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06644-0>
- Kaplan, H. J., & Leitman, I. M. (2022). Race and insurance status outcome disparities following splenectomy in trauma patients are reduced in larger hospitals. A cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 77, 103516. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103516>
- Katzman, R. (2000): Notas para la medición de la vulnerabilidad social. *Serie Documentos de Trabajo del IPES / Colección Aportes Conceptuales*, 2. Universidad Católica del Uruguay. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>
- Kianoush, S., Al Rifai, M., Patel, J., George, J., Gulati, M., Taub, P., Moran, T., Shapiro, M.D., Agarwala, A., Ullah, W., Lavie, J.C., Bittner, V., Ballantyne, C.M. & Virani, S.S. (2022). Association of participation in Cardiac Rehabilitation with Social Vulnerability Index: The behavioral risk factor surveillance system. *Progress in Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.02.003>
- Kim, A.J., Servino, L., Bircher, S., Fest, C., Rdesinski, R.E., Dukhovny, S., Shaffer, B.L. & Saxton, S.N. (2021). Depression and socioeconomic stressors in expectant parents with fetal congenital anomalies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1992379>
- Lalonde, M. (2002). A New Perspective on the Health of Canadians. *Revista Panamericana de Salud Pública (OPS) = Pan American Journal of Public Health (PAHO)*, 12(3), 149-152. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000900001>
- Lee, G. A., & Scanlon, A. (2007). The use of the term 'vulnerability' in acute care: why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3). PMID: 17518167
- Lipshutz, J. A., Hall, J.E., Penman-Aguilar, A., Skillen, E., Naoom, S. & Irune, I. (2022). Leveraging Social and Structural Determinants of Health at the Centers for Disease Control and Prevention: A Systems-Level Opportunity to Improve Public Health. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 28(2), E380. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001363>
- Lisboa, A. M. G., & Almeida, H.N. (2017) Vulnerability and Social Work in Health. En *The 5th International Virtual Conference on Advanced Scientific Results*, 21-26. Coimbra. <https://doi.org/10.18638/scieconf.2017.5.1.402>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf
- Moreno Crossley, J.C. (2008). *El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas*. Center for Latin American Studies, University of Miami.
- ONU. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH) (2022) *Folleto informativo El derecho a la salud*, junio 2008, 31. <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html>
- Palomino Moral, P., Grande Gascón, M.L. y Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72 (Extra1), 71-91. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Pinsker, D.M., McFardland, K., & Stone, V.E. (2011). The Social Vulnerability Scale for Older Adults: An Exploratory and Confirmatory Factor Analytic Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23:3, 246-272. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.584049>
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Cepal. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/4762>
- Phillips, A. Z., Brewster, A. L., Kyalwazi, M. J., & Rodriguez, H. P. (2020). The Centers for Medicaid and Medicare Services State Innovation Models Initiative and Social Risk Factors: Improved Diagnosis Among Hospitalized Adults with Diabetes. *American journal of preventive medicine*, 59(4), e161-e166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.017>

- Ramasco-Gutiérrez, M., Heras-Mosteiro, J., Garabato-González, S., Aránguez-Ruiz, E., & Martín-Gil, R.A.. (2017). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31, 432-435. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>
- Ricoeur, P. (2008). *El Sí mismo como Otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Roldán, E; García, T, y Nogués, L. (2013). *Los servicios sociales en España* (2ª edición). Síntesis.
- Solar O, & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Organización Mundial de la Salud; 2010. p. 79. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Straehle, C. (2016). Vulnerability, Health Agency and Capability to Health. *Bioethics*, 30(1), 34-40. <https://doi.org/10.1111/bioe.12221>
- Tormo, V. C., y Lahiguera, L. H. (2015). *Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades*. Fundación BBVA. ISBN: 978-84-92937-57-8
- Varughese, R.A., Theou, O., Li, Y., Huang, X. Chowdhury, N., Famure, O, Selzner, N., MacIver, J., Mathur, S., Kim, S.J., Rockwood, K., & Singer, L. (2021). Cumulative Deficits Frailty Index predicts outcomes for solid organ transplant candidates. *Transplantation direct*, 7(3). <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001094>
- Vironkannas, E., Liuski, S., & Kuronen, M. (2020). The contested concept of vulnerability: a literature review. *European Journal of Social Work*, 23(2), 327-339. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>
- Walls, M., Priem, J. S., Mayfield, C. A., Sparling, A., Anerralla, A., Krinner, L. M., & Taylor, Y. J. (2022). Disparities in Level of Care and Outcomes Among Patients with COVID-19: Associations Between Race/Ethnicity, Social Determinants of Health and Virtual Hospitalization, Inpatient Hospitalization, Intensive Care, and Mortality. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01274-x>
- World Health Organization. (2011). 10 Facts on Health Inequities and Their Causes. Geneva. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- Yoo, R., Krawczyk, N., Johns, E., McCormack, R. P., Rotrosen, J., Mijanovich, T., Gelberg, L., & Doran, K. M. (2022). Association of substance use characteristics and future homelessness among emergency department patients with drug use or unhealthy alcohol use: Results from a linked data longitudinal cohort analysis. *Substance abuse*, 43(1), 1100–1109. <https://doi.org/10.1080/08897077.2022.2060445>



Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria.

Mediació intercultural en l'àmbit sanitari: Contribucions a l'atenció sanitària.

Intercultural mediation in health care: Contributions to health care.

Rocío Ruiz Hernández¹

Resumen

Los sistemas sanitarios se enfrentan al desafío de atender adecuadamente las necesidades de poblaciones culturalmente heterogéneas (Mendonza et al., 2019). La pandemia ha resaltado la necesidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria y de promover un servicio de calidad para todas las personas sin excepción (Perna y Moreno, 2021). En este escenario, la mediación intercultural sanitaria insta un entorno de respeto mutuo y trabaja paliando las distintas barreras y factores negativos que determinan la salud de las poblaciones más vulnerables, como las poblaciones migrantes (Verrept, 2019). Así mismo, ocupa un papel esencial al prevenir y promover una atención integral sobre las diferentes necesidades sociales de los colectivos más vulnerables (Silva, 2020), garantizando la accesibilidad y la equidad del sistema sanitario (Rubio y Rubio, 2020). Este trabajo tiene como objetivos identificar el valor que aporta la mediación intercultural a la atención sanitaria y conocer cuáles son las funciones y experiencias realizadas en el ámbito. Para averiguarlo se ha elaborado una revisión narrativa, haciendo hincapié en la literatura de los últimos ocho años. Los resultados muestran la necesidad de definir la figura profesional del/la mediador/a intercultural sanitario/a dados los beneficios que aporta, al mejorar la calidad en la atención sanitaria y al promover un sistema de salud más accesible y equitativo. Más aún en situaciones de crisis sanitaria, donde se han visto acentuadas las vulnerabilidades de las poblaciones migrantes. Se refleja un largo recorrido para lograrlo lleno de desafíos y nuevos retos dada la naturaleza cambiante de nuestra sociedad.

Palabras clave: mediación intercultural sanitaria, inmigrantes, salud.

Resum

Els sistemes sanitaris s'enfronten al desafiament d'atendre adequadament les necessitats de poblacions culturalment heterogènies (Mendonza et al., 2019). La pandèmia ha ressaltat la necessitat de garantir l'accés a l'atenció sanitària i de promoure un servei de qualitat per a totes les persones sense excepció (Perna y Moreno, 2021). En aquest escenari, la mediació intercultural sanitària insta un entorn de respecte mutu i treballa pal·liant les diferents barreres i factors negatius que determinen la salut de les poblacions més vulnerables, com les poblacions migrants (Verrept, 2019). Així mateix, ocupa un paper essencial en prevenir i promoure una atenció integral sobre les diferents necessitats socials dels col·lectius més vulnerables (Silva, 2020), garantint l'accessibilitat i l'equitat del sistema sanitari (Rubio y Rubio, 2020). Aquest treball té com a objectius identificar el valor que aporta la mediació intercultural a l'atenció sanitària i conèixer quines són les funcions i experiències realitzades en l'àmbit. Per a esbrinar-ho s'ha elaborat una revisió narrativa, posant l'accent en la literatura dels últims vuit anys. Els resultats mostren la necessitat de definir la figura professional del/la mediador/a intercultural sanitari/a donats els beneficis que aporta en millorar la qualitat en l'atenció sanitària i en promoure un sistema de salut més accessible i equitatiu. Més encara en situacions de crisi sanitària, on s'han vist accentuades les vulnerabilitats de les poblacions migrants. Es reflecteix un llarg recorregut per aconseguir-lo ple de desafiaments i nous reptes donada la naturalesa canviant de la nostra societat.

Paraules clau: mediació intercultural sanitària, immigrants, salut.

Abstract

Health systems are challenged to adequately address the needs of culturally heterogeneous populations (Mendonza et al., 2019). The pandemic has highlighted the need to guarantee access to health care and to promote quality service for all people without exception (Perna y Moreno, 2021). In this scenario, intercultural health mediation establishes an environment of mutual respect and works by alleviating the various barriers and negative factors that determine the health of the most vulnerable populations, such as migrant populations (Verrept, 2019). It also plays an essential role in preventing and promoting comprehensive care for the different social needs of the most vulnerable groups (Silva, 2020), guaranteeing the accessibility and equity of the health system (Rubio y Rubio, 2020). The objectives of this work are to identify the value that intercultural mediation brings to health care and to know what are the functions and experiences carried out in this field. In order to find out, a narrative review has been elaborated, emphasizing the literature of the last eight years. The results show the need to define the professional figure of the intercultural health mediator given the benefits he or she brings to improving the quality of health care and promoting a more accessible and equitable health system. Even more so in situations of health crisis, where the vulnerabilities of migrant populations have been accentuated. It reflects a long journey to achieve it full of challenges and new challenges given the changing nature of our society.

Keywords: intercultural health mediation, immigrants, health.

Ruiz Hernández, R. (2023). Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 76-83. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40461>

ACEPTADO: 26/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Trabajadora Social e Investigadora independiente.

✉ Rocío Ruiz Hernández.
rocio.rh5@gmail.com

1. Introducción.

En las últimas décadas, debido al creciente fenómeno migratorio, la migración internacional se ha convertido en uno de los temas de mayor interés, preocupación y debate público en España (Hiri, 2022). Esta evolución hacia una sociedad multicultural comporta un abanico de peculiaridades lingüísticas y culturales que afectan concretamente a la asistencia sanitaria de las personas migrantes. El desconocimiento del idioma, las diversas perspectivas culturales respecto a los conceptos de salud-enfermedad, las condiciones socioeconómicas, derivadas de pertenecer a un grupo minoritario, y sus posibles consecuencias psicológicas son, entre otras, algunas de las barreras con las que se encuentran las poblaciones migrantes (Rodríguez y Llevot, 2011). Además, las nuevas necesidades generadas, dentro del panorama de los Servicios Públicos, requieren de soluciones que provean una integración social y una atención sanitaria de calidad e igualdad (Marnpae, 2014). Sin obviar los efectos derivados de la pandemia de COVID-19, donde ha quedado retratada la necesidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria y de promover un servicio de calidad para todas las personas sin excepción alguna, sobre todo para aquellas en situación más vulnerable (Perna y Moreno, 2021).

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la mediación intercultural adquiere una gran importancia dada la necesidad de llegar a un diagnóstico correcto que permita aplicar con éxito el tratamiento más adecuado (Verrept, 2019). Para ello se precisa de una comunicación fluida y eficaz entre los/as diversos/as profesionales del sistema sanitario y los/as propios/as pacientes. Teniendo presente que, dentro del propio ámbito sanitario, las interacciones giran en torno a una terminología y jerga profesional que plantea desafíos en el proceso de comunicación y que afecta directamente a la salud que reciben y perciben los/as pacientes. Estas complejidades refuerzan la barrera lingüística que, junto a la tendencia de los/as pacientes a no solicitar aclaraciones, refleja un empeoramiento de la calidad sanitaria de nuestro sistema de salud (Watermeyer et al., 2021). Meyer (2012) señala que los/as pacientes migrantes pueden enfrentar desafíos de comprensión en las interacciones médicas incluso cuando sus habilidades lingüísticas son suficientes para el propósito de comunicación diaria. Fernández-Rufete (2009) concluye que, en la práctica, la mediación intercultural como mecanismo de intervención compensa las desigualdades de acceso a los principales servicios públicos, como el ámbito sanitario (Valverde, 2013). Hiri (2022) ya nos reitera que la mediación intercultural remedia las carencias de muchos servicios sanitarios a la hora de atender a las personas migrantes, contribuyendo a mejorar los canales de comunicación e interacción profesional entre pacientes y proveedores de salud. Además, subraya que más allá de solucionar las barreras lingüísticas, establece un puente entre las dos partes que fomenta la integración de la población migrante al sistema sanitario.

Las personas migrantes, entre otras en situación desfavorable, han visto mermados sus derechos y aumentadas las dificultades para acceder a los servicios de atención sanitaria, concretamente durante la pandemia, entre otras barreras que ya enfrentaban; como las finan-

cias, las legislativas, las lingüísticas y las culturales junto a la falta de conocimiento y comprensión del propio sistema de salud (Verrept, 2019). Estas dificultades han evidenciado la necesidad de construir propuestas de tratamiento donde se comprenda, se aprecie y se sea sensible a la diversidad cultural que enfrentan los procesos de salud-enfermedad y su mayor probabilidad de éxito en la promoción, prevención y rehabilitación en salud (Rubio y Rubio, 2020). En palabras de Verrept:

Existe evidencia internacional convincente sobre los impactos negativos de las barreras lingüísticas y culturales no resueltas en salud y la atención médica para refugiados y migrantes. Estos incluyen una comunicación deficiente entre proveedor de salud y paciente, la presentación tardía del paciente para recibir atención, un mayor riesgo de diagnóstico erróneo, un manejo deficiente de la enfermedad (crónica), una baja participación en actividades de prevención y promoción de la salud, y peores resultados de salud para refugiados y migrantes. (2019: 29).

En definitiva, puede decirse que la mediación intercultural facilita la comunicación, fomenta la cohesión social y promueve la autonomía e inserción social de las minorías bajo la construcción de un nuevo marco de convivencia más inclusivo (Blanco, 2021). Concretamente en el ámbito sanitario, donde se trabaja mejorando la relación terapéutica entre profesional-usuario/a al reducir las interferencias de las diferencias lingüísticas y socioculturales en el acceso al servicio de salud y a una atención de calidad (Verrept, 2019). De igual modo reporta grandes beneficios al prevenir y reducir los conflictos y desequilibrios de poder, en la relación médico-paciente, mediante el empoderamiento de los colectivos en situación desfavorable y la coordinación con el personal sanitario, para adaptar los servicios a las necesidades y demandas de las personas migrantes (Lebano et al., 2020).

2. Metodología.

Este estudio, cuya pretensión es identificar el valor que aporta la mediación intercultural a la atención sanitaria e indagar sobre las funciones y experiencias realizadas en el ámbito, se basa en una revisión bibliográfica sobre la temática centrada en los últimos ocho años. Para dar una respuesta eficaz a los objetivos planteados, también se ha revisado la literatura posterior con la intención de visibilizar la necesidad de reconocer una figura profesional que lleva ejerciéndose años desde un plano inexplorado socialmente. Para ello se han utilizado bases de datos como WOS, Pubmed, Scopus y Google Académico.

De los diversos estudios revisados se ha podido concluir las aportaciones de calidad que provee la mediación intercultural al sistema sanitario, entre otras intervenciones clave para paliar los efectos negativos en salud que presentan las personas migrantes.

3. Resultados.

3.1. Demandas y necesidades sociales del colectivo de personas migrantes.

En un mundo cada vez más globalizado, el personal sanitario se enfrenta a los desafíos de brindar una atención mé-

dica intercultural de calidad, tratando de dar una respuesta digna a las situaciones de vulnerabilidad que presentan los/as pacientes procedentes de minorías étnicas (Degrie et al., 2017). Es necesario poder garantizar una atención sanitaria que sea universal y equitativamente accesible para las personas migrantes, y que a su vez dé respuesta a las necesidades individuales complejas que presentan, teniendo en cuenta su evolución en la sociedad receptora (Lebano et al., 2020). Sin embargo, la literatura muestra aún disparidades en la atención médica, desigualdades y barreras en el acceso al servicio de salud, una menor calidad en la atención sanitaria y peores resultados de salud para las personas migrantes y refugiadas (Verrept, 2019). Hay que reconocer, como ya hicieron Degrie et al. (2017), que las diferencias en los factores determinantes de la salud, las necesidades y las vulnerabilidades presentes en la población migrante, soportan un desafío añadido para nuestro sistema sanitario. Igualmente confeccionan la necesidad de ahondar en las demandas sociales específicas del colectivo. En la definición de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, los determinantes sociales sanitarios “son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” y son los principales responsables de las diferencias en el estado de salud de la población (Lebano et al., 2020).

Tras analizar diversos estudios, se observa que las dificultades del idioma y la vergüenza o la renuencia a hablar de la historia de vida y miedos sanitarios del contexto de origen, así como el desconocimiento y las discusiones limitadas por parte del personal sanitario, conducen a dificultades en el proceso de “equilibrio en salud” (contexto autóctono y alóctono) (Degrie et al., 2017). En general, el revivir recuerdos, la falta de conocimiento sobre los procedimientos médicos, el miedo al tratamiento en sí y la sensación de que éste no será efectivo, pueden conducir a la resistencia o rechazo de tratamientos específicos por parte del colectivo migrante (Degrie et al., 2017). Sin contar con que algunos de esos tratamientos pueden contradecirse con sus propias creencias o costumbres culturales. En concreto, Degrie et al. (2017) en su estudio mencionan que algunos de los/as pacientes migrantes entrevistados/as aluden a sentimientos de miedo, intimidación y desorientación, producidos por la atmósfera clínica y la complejidad del contexto hospitalario: malinterpretación sobre la organización financiera del servicio sanitario, desconocimiento de las normas hospitalarias y la estructura organizativa y las sutiles relaciones de poder entre el personal sanitario, son algunas de las razones mencionadas. Otros/as pacientes enfatizan las prácticas y tradiciones de atención cultural, como las prácticas alimentarias, los requisitos de higiene y la importancia del descanso del /la paciente. También describen tensiones en la relación sanitaria cuando perciben un trato diferente por su condición o se encuentran con racismo y estereotipos que acaban cohibiendo la decisión de acceder al sistema sanitario o de mantener el tratamiento requerido. Señalan que esa tensión se ve acentuada por la reticencia a brindar atención, la escasez temporal, la falta de flexibilidad y el enfoque del/la proveedor de salud en la parte técnica de la atención, en lugar de empatía o humanidad en la atención, que es lo

que manifiestan echar en falta. Esto añadido a la falta de congruencia entre las expectativas y las experiencias de las personas usuarias al respecto, conduce a sentimientos de decepción y rechazo hacia el propio sistema sanitario. Aunque sin duda, el eje central de toda intervención sanitaria de calidad es la comunicación (Hiri, 2022). En esta línea, la baja capacidad lingüística del personal sanitario tiene un impacto en la calidad general de la atención, el acceso a los servicios públicos, la evaluación de las necesidades de los/as pacientes, la participación en el proceso de toma de decisiones, la satisfacción de las personas usuarias y el cumplimiento de la medicación y el tratamiento. Suurmond et al. (2011) señalan que los/as pacientes pueden atribuir la insuficiencia de la atención sanitaria a la discriminación, cuando en realidad puede deberse a dificultades en la comunicación y a la falta de información. Con frecuencia los miembros de la familia suelen funcionar como intérpretes o intermediarios lingüísticos, lo que suele fomentar una participación más activa en el proceso de salud de las personas migrantes, así como la adherencia a los tratamientos (Verrept y Conue, 2019). Esto es indicativo de que, al facilitar la comunicación y entendimiento traduciendo las demandas y necesidades del/la propio/a paciente, se aporta fluidez y calidad a la atención sanitaria, objetivo que persigue la mediación intercultural. Con respecto a la cultura organizacional del centro de salud o del hospital, la disponibilidad de sanitarios especializados y la alta tecnología médica brinda a muchos/as pacientes una sensación de seguridad. Sin embargo, otros/as resaltan las dificultades en el proceso de atención consecuencia de la falta de personal e intérpretes, la falta de tiempo y largos períodos de espera o el ajetreo percibido del personal. Todo ello en conjunto influye negativamente en la participación y elección de los/as pacientes de su propio cuidado y estado de salud (Degrie et al., 2017).

El estado de salud de las personas migrantes también se ve influido por las dificultades del proceso de migración, que afecta negativamente a su estado físico. Esto se demostró en un estudio francés, citado por Lebano et al. (2020), donde se indicaba que el estado de salud de las personas migrantes tendía a deteriorarse durante la estancia en el país receptor, lo que puede derivarse de situaciones de discriminación significativas, malas condiciones de empleo y diferencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios. Otros estudios sugieren que las personas migrantes son más vulnerables a las enfermedades transmisibles, las enfermedades profesionales, la mala salud mental, las lesiones, la diabetes mellitus y problemas de salud materno infantil (Rechel et al., 2012). De hecho, un proyecto realizado por Aditus y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) subrayó, como problemas de salud mental que más afectan a la población refugiada y migrante, los trastornos de estrés posttraumático, la depresión, la ansiedad, la psicosis, la paranoia, las autolesiones y los sentimientos de aislamiento y soledad (Lebano et al., 2020). Estas son las principales preocupaciones resaltadas por el personal de salud mental. Además, en otro estudio se encontró una conexión entre la psicosis y los antecedentes como migrantes irregulares (Simonnot et al., 2016). También se ha encontrado que algunos migrantes pueden correr un riesgo particular de padecer

enfermedades no transmisibles derivadas de la obesidad e insuficiente actividad física, dados los patrones de enfermedad de los países de origen, las condiciones de vida desfavorables, la existencia de empleo precario y los traumatismos (Lebano et al., 2020). Sobre el estado de salud de la población infantil migrante o refugiada, el estado de vacunación, los problemas dentales, la infección tuberculosa latente (LTBI), la anemia, la ferritina sérica baja, la eosinofilia, los anticuerpos protectores y la hipotermia, tras la llegada por mar, son algunos de los problemas sanitarios más destacados en el estudio de Pavlopoulou et al. (2017).

Degrie et al. (2017) concluyen cuatro aspectos esenciales que afectan a la mediación en salud: la humanidad en el cuidado sanitario, la comunicación, el rol de la familia o el entorno y la cultura organizacional del centro sanitario. Estos aspectos pueden funcionar como facilitadores para una atención sanitaria de calidad e inclusiva o, contrariamente, pueden transformarse en barreras que impiden establecer una relación de atención intercultural proactiva. Tras analizar los diversos estudios que hablan sobre las necesidades insatisfechas en salud, especialmente las referidas a la salud mental y dental, la mayoría coinciden en la existencia de barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, así como los efectos negativos que provocan en su salud, y suele reflejarse en un uso excesivo de los servicios de emergencia y de atención primaria (Lebano et al., 2020). Las barreras del idioma, la menor alfabetización en salud y los mayores factores de estrés socioeconómicos en los grupos étnicos minoritarios, la escasez de recursos hospitalarios vinculados al factor tiempo, dinero y personal, las diferencias en las tradiciones culturales y en la comprensión de la enfermedad y tratamiento, la baja alfabetización digital y la dificultad de acceder a ella, son entre otros, factores que fomentan la existencia de un peor estado de salud en las personas migrantes (Degrie et al., 2017). En consecuencia, deberemos tenerlos en cuenta para proveer una atención sanitaria integral y de calidad (Rubio y Rubio, 2020).

3.2. Figura del/la mediador/a intercultural en sanidad.

Esta necesidad de intervenir socialmente sobre las desigualdades y vulnerabilidades que presentan las personas migrantes, para paliar los efectos negativos reflejados en la salud, hace imprescindible definir correctamente la figura del/la mediador/a intercultural. Sobre todo, en un contexto como el sanitario regido por la ciencia y normalmente alejado de los constructos y efectos sociales que vulneran los derechos de acceso y las necesidades de las personas migrantes (Blukacz, 2021). Las formas en que las personas involucradas en la atención sanitaria se interrelacionan, hace que las diferencias culturales sean relevantes en la interacción, permitiendo que haya un flujo de información bidireccional efectivo donde se amplía la respuesta de los/as pacientes involucrados/as aislando los constructos etnocéntricos (Watermeyer et al., 2021). En otras palabras, podría decirse que profesionalmente la mediación intercultural en salud allana el camino estableciendo una "alianza terapéutica" entre paciente-proveedor/a sanitario/a, que es esencial para lograr una comunicación de calidad y una atención equitativa (Hiri, 2022). Chiarenza, citado en Verrept y Conue,

señaló que el/la mediador/a intercultural debe ser capaz de:

Acompañar las relaciones entre los migrantes y el contexto social específico, favoreciendo la eliminación de las barreras lingüísticas y culturales, la comprensión y la mejora de la propia cultura y el acceso a los servicios; y de ayudar a las organizaciones en el proceso de hacer que los servicios ofrecidos a los usuarios migrantes sean apropiados (2019: 5).

Es un hecho fundamentado que la comunicación y la cultura tienen un impacto considerable sobre las consecuencias clínicas que afectan a la relación terapéutica, así como a la intervención sanitaria y al tratamiento de la enfermedad (Verrept y Conue, 2019). En el estudio de Lachal et al. (2019), el personal médico manifiesta apreciar una mejor singularidad del funcionamiento de la familia y la importancia de dar un sentido a la enfermedad más allá de la lógica biomédica. También aluden, que tras la mediación intercultural sanitaria se sienten más conscientes y sensibles a las experiencias de las familias migrantes, lo cual no modifica su concepción de la medicina ni las prácticas asociadas a ella, pero mejora el entendimiento y la satisfacción de las partes involucradas en la atención sanitaria. Sin embargo, la barrera lingüística no solo interfiere en la transmisión de información sobre los diagnósticos y la medicación, sino que también influye en el cumplimiento de las prescripciones (Verrept y Conue, 2019). Por ello, con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria óptima, cualquier persona que participe en la relación sanitaria debe tener en cuenta la diversidad cultural y su influencia; sobre todo cuando las partes en interacción proceden de diferentes comunidades lingüísticas y/o culturales (Marnpae, 2014).

Las personas usuarias traen consigo sus estilos comunicativos y aspectos culturales sanitarios diversos, que a veces difieren significativamente de los instaurados en la sociedad receptora. Esta realidad interfiere en la relación sanitaria junto a otras barreras que enfrentan relacionadas con las precarias condiciones de habitabilidad, y hacinamiento en muchos casos, y con los escasos recursos económicos que limitan a su vez el acceso a servicios básicos, como la sanidad o la educación (Marnpae, 2014). En pandemia muchas familias migrantes han sufrido la brecha digital en las distintas administraciones públicas y en la educación de sus menores, la incertidumbre laboral ante la pérdida de empleo o por encontrarse en situación administrativa irregular, las condiciones de insalubridad y hacinamiento, dado que muchas carecen de una vivienda digna o no pueden acceder a ella por motivos económicos o administrativos; y esto se ha traducido en una dificultad añadida a la hora de respetar la normativa y restricciones establecidas (Perna y Moreno, 2021). Estas barreras, sumadas al desconocimiento, al temor y a la desinformación sanitaria, influyen en la aparición de resultados negativos en la salud física y psíquica de la población migrante (Sepúlveda y Cabieses, 2019). La pandemia también ha puesto en evidencia las debilidades del sector público, la poca protección a la ciudadanía, la fragilidad de servicios esenciales como el cuidado en salud, el derecho a la educación, el acceso a una vivienda y/o trabajo digno, las limitaciones de movimiento y la falta de acceso a los servicios públicos; aspectos que afectan

especialmente a la migración (Valero, 2021). Así mismo, esta situación ha expuesto la creciente necesidad de garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad para todas las personas sin excepción alguna (Perna y Moreno, 2021).

En definitiva, la mediación intercultural sanitaria centra sus actuaciones fundamentalmente en la formación y orientación a las personas migrantes, la sensibilización en salud, la formación de profesionales sanitarios sensibles a la diversidad cultural del momento y en funciones de traducción e interpretación que promuevan una relación terapéutica médico-paciente (Delgado y Expósito, 2011). Verrept y Conue (2019) coinciden, destacando como funciones básicas la interpretación, la decodificación cultural, la prestación de ayuda práctica y apoyo emocional a los pacientes, la mediación, identificación y diálogo sobre los problemas surgidos entre paciente-proveedor sanitario (individuales o grupales), la abogacía, entendida como aquella ejercida para compensar la desigual posición existente entre paciente-personal sanitario y aboga por velar por los derechos de la población más vulnerable, y la sensibilización en materia de educación para la salud. Paralelamente, recogen los principios guía que fundamentan la definición de las funciones y tareas de esta profesión:

1. Como miembros del equipo que trabaja con el/la paciente, los/as mediadores/as interculturales tienen la responsabilidad de ayudar al bienestar y buen estado de salud del/la paciente.
2. Dado que una relación positiva entre personal sanitario y paciente es indispensable para obtener un servicio de atención sanitaria efectivo y de calidad, deberán apoyar y estimular la creación de ese tipo de relación.
3. Deberán respetar y estimular la autonomía del/la paciente y del/la profesional sanitario todo lo posible.
4. No deberán asumir tareas propias o específicas del personal sanitario, para evitar su discriminación. Igualmente intervendrán lo menos posible cuando la interpretación lingüística sea suficiente para hacer posible la participación activa y efectiva entre médico-paciente.
5. Posiblemente, dada la naturaleza y contexto específico de su trabajo, pueden ser los/as únicos/as en notar que las cosas empiezan a ir mal, y en su compromiso con la salud y bienestar del paciente y su relación profesional sanitario-paciente, tendrán que hacer ver estos problemas a las partes implicadas y desarrollar aquellas acciones que favorezcan un resultado positivo en salud.
6. La mediación intercultural es exitosa cuando el encuentro mediado es más próximo a lo que sucedería si ambas partes (médico-paciente) no se vieran obstaculizadas por interferencias lingüísticas y socioculturales.

Sin embargo, para lograr establecer la figura del/la mediador/a intercultural sanitario/a es necesario disponer de personal cualificado en la materia e introducir las tecnologías y las capacidades que promuevan el ejercicio de derechos individuales a gran escala y reduzcan las barre-

ras a las que se enfrenta la población migrante (Cabieses et al., 2021). Para ello habrá que trabajar en la capacitación y formación profesional de esta profesión.

3.3. Experiencias de mediación intercultural sanitaria.

España cuenta con diversas experiencias de mediación intercultural en el ámbito sanitario a raíz del establecimiento de servicios especializados en el tema en varias Comunidades Autónomas, en adelante CC.AA., como el Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI) en Madrid, el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), el Servicio de Mediación Intercultural instaurado en el Hospital Universitario de Murcia, las actuaciones de la Asociación Andalucía ACOGE o el Development Cataluña. Actualmente pueden encontrarse diferentes organismos que trabajan en la difusión de la mediación en salud, como el Observatorio de Mediación y la Sociedad Catalana de Mediación en Salud (SCMS), que favorecen su difusión al amparo del Real Decreto-Ley 5/2012, de 5 de marzo, de mediación en asuntos civiles y mercantiles. Así mismo, la figura del/la mediador/a se encuentra reconocida en España por el Ministerio de Interior a través del Real Decreto 638-2000 del 11 de mayo (Hiri, 2022).

El Colegio de Médicos de Vizcaya en 1997 puso en marcha la organización de un Tribunal Arbitral para Daños con la intención de resolver las demandas existentes por «praxis médica» o «negligencia». Desde entonces se han ido sumando diversas iniciativas y se ha favorecido la intervención de mediadores/as interculturales en la atención a la diversidad cultural de los/as pacientes, al igual que sucede en otros países. Podemos ver ejemplos de mediación intercultural en contextos sanitarios en Estados Unidos y Canadá que, aunque no cuentan con una política nacional al respecto, sí destacan experiencias desde la asociación médica de intérpretes y traductores/as de Massachusetts (Massachusetts Medical Interpreters Association), en adelante MMIA, o la organización Diversity RX; incluso cuentan con una guía de buenas prácticas (Interpreter Standards of Practice) aceptada por el National Council on Interpreting in Health Care. En 1995, desde la MMIA se desarrolló y publicó un artículo donde se recogen las pautas y códigos deontológicos para la interpretación médica o comunitaria, hoy conocido como IMIA, que ha sido empleado en otros programas de mediación intercultural y orientación al/la paciente en países como Estados Unidos y Suiza (Verrept y Conue, 2019). En concreto en Estados Unidos, los servicios de mediación de la Equal Employment Opportunity Commission (EEOC o Comisión para la Igualdad de Empleo Oportunidades en el Empleo), gestionan un programa de mediación para la resolución de los conflictos que surge en relación con la aplicación de la Americans with Disabilities Act (ADA o Ley de Estadounidenses con Discapacidades). En los años 90, también Francia comenzó a trabajar con profesionales de la mediación en los hospitales con el fin de fortalecer la relación médico-paciente. Además, se han realizado varios estudios con el fin de demostrar las ventajas que aporta la mediación intercultural en salud, como el elaborado por el Hospital de la Fondation Roi Baudouin de Bélgica en 2007. En dicho estudio se analizaron las actuaciones de países como Alemania, Canadá, Finlandia, Francia, Noruega, Países Bajos y Reino Unido, donde concretamente se desarrollan servicios de media-

ción en la atención a las quejas de pacientes, al igual que Suecia y Dinamarca. También, se han encontrado otros estudios, en países como Quebec o Bélgica, que demuestran que los servicios de mediación intercultural incrementan el grado de satisfacción de usuarios/as y profesionales, reduciendo los costes sanitarios y mejorando la calidad de la asistencia sanitaria (Rodríguez y Llevot, 2011). De Gran Bretaña se denota la unión de la gestión local de las quejas a la generación de recomendaciones para una nueva política sanitaria. En Europa, se profesionaliza el sistema de quejas y la atención a los derechos de los/as pacientes, siguiendo la Carta Europea del año 2002 promovida por la Active Citizenship Network (Red de Ciudadanía Activa o ACN). En Chile la mediación en salud se concibe como un mecanismo para mejorar el sistema de salud (Munuera, 2020), consagrada legislativamente en dos leyes principales que pretenden velar por los derechos y deberes de la ciudadanía y de las Garantías Explícitas en Salud establecidas (Parra et al., 2018). Sin embargo, se describe por primera vez la figura del mediador intercultural en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en 2003, como aquel/lla profesional que articula las necesidades de las personas usuarias con la red de salud y cuyo objetivo es resolver las inequidades en salud (Sepúlveda y Cabieses, 2019). Alemania destaca de sus programas en mediación intercultural que, aunque en un principio el costo es más alto, a largo plazo estos disminuyen y permiten un tratamiento orientado a los objetivos terapéuticos, evitando la cronicidad y la aparición de diagnósticos erróneos (Sepúlveda y Cabieses, 2019). Suiza, al igual que Alemania, es uno de los países participantes en el proyecto europeo EQUAL para el estudio de la interpretación y mediación intercultural. Así mismo, la Oficina Federal de Salud Pública y la Comisión Federal de los Extranjeros en Suiza incluyeron la mediación intercultural entre sus medidas estratégicas en relación con la inmigración y especialmente en el ámbito sanitario. Diversos autores, como Lutskovskaia et al. (2019), reiteran la necesidad urgente de implementar la mediación para mejorar la interacción entre comunidades de llegada y de acogida en las distintas esferas sociales, incluidos los entornos administrativos, legal, sanitario y educativo; así como muestran que los resultados del estudio piloto realizado sobre mediación lingüística y cultural en la interpretación médica en los puntos fronterizos de Moscú, Rusia, revelaron la importancia de establecer la mediación intercultural en un entorno no estandarizado, que implica una variedad de cuestiones culturales y sociales que influyen en la interpretación médica. Volviendo a las experiencias de nuestro país, en la CC.AA. de Murcia, el Informe Final del Proyecto sobre Inmigración Emigración en Salud de 2008, proponía la figura del/la mediador/a para mejorar la atención en la salud de la población migrante; subrayando que constituye una herramienta que promueve la inclusión e integración exitosa de las personas migrantes al sistema sanitario (Valverde, 2013). De las experiencias y actuaciones recogidas, se concluye la necesidad de incorporar la mediación intercultural al plano sanitario dados los beneficios que aporta paliando los efectos derivados de la globalización, fomentando el acceso al sistema de salud y mejorando la calidad de la aten-

ción sanitaria, entre otros. Más aún, teniendo en cuenta la fragilidad y vulnerabilidad social del colectivo de personas migrantes, cuya visibilidad ha sido acentuada durante el contexto de crisis sanitaria, confinamiento y retiro social (Silva, 2020).

4. Discusión.

Este estudio queda respaldado sobre la evidencia de las desigualdades persistentes entre migrantes y no migrantes en el acceso a los servicios de salud y la necesidad de garantizar la igualdad en el acceso sanitario (Lebano et al., 2020). Esta evidencia a su vez muestra necesidades de salud insatisfechas, así como la existencia de barreras y factores determinantes en salud, que acentúan las situaciones de vulnerabilidad y la existencia de peores resultados de salud en las personas migrantes. Por ende, y dado que la mediación intercultural pretende paliar e intervenir directamente sobre estas situaciones; garantizando un acceso igualitario al sistema de salud, promoviendo un servicio de calidad y sensibilizando por medio de la información y educación sanitaria, se convierte en la clave para actuar sobre ello (Verrept, 2019). Fernández-Rufete (2009) coincidía al indicar que la incorporación de esta figura profesional en los servicios sanitarios refuerza y añade un plus de calidad en sanidad, a la par que refuerza los escenarios de necesidad descritos por el personal del ámbito e integra elementos de reflexión y análisis a una situación que debe ser abordada desde diversas perspectivas. Silva (2020) resalta los testimonios de reconocimiento social y profesional destacados por entidades municipales, sociales y por la población atendida, a pesar de las circunstancias y desafíos que ha supuesto la pandemia para el personal de la mediación intercultural. Estos remarcan los beneficios que aporta la mediación intercultural en sanidad mejorando la calidad de la atención y garantizando el acceso al sistema de salud de aquellas personas en situación más desfavorable. Quedando sustentada esta profesión bajo el marco que revela la pandemia, al subrayar la necesidad de garantizar el acceso de todas las personas migrantes a las medidas de prevención, diagnóstico y contención de la enfermedad; de asegurar que las estrategias y planes nacionales de prevención, diagnóstico y control de contagios presten atención específica a las necesidades de las personas migrantes; y de prever medidas específicas para llegar a los grupos más vulnerables y marginalizados de la población (Perna y Moreno, 2021).

En definitiva, la mediación intercultural en el sistema sanitario se hace necesaria para mejorar la calidad en la atención e impulsar el acceso al sistema de salud de las personas migrantes (Perna y Moreno, 2021). Esto se pone de manifiesto tras dos observaciones principales: por un lado, muchos sistemas sanitarios españoles no cuentan con un servicio específico de profesionales en la materia a los/as que recurrir, quedando esta tarea relegada al voluntariado y/o a la familia del/la propio/a paciente; y por otro, el desconocimiento palpable del personal sanitario en muchos casos sobre los valores culturales de la población migrante usuaria influye en la calidad de la atención, diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes (Hiri, 2022). Lebano et al., (2020) nos identifican

como prioridades que merecen una especial atención dentro del ámbito de la salud, la intervención intercultural en salud mental, la atención preventiva (inmunización) y la atención a largo plazo, en base a una creciente población de personas mayores migrantes. Tras este estudio se corrobora no sólo la necesidad de reconocer y definir la figura del/la profesional de la mediación intercultural en el plano sanitario ejerciendo de promotor/a de la comunicación, fomentando la relación terapéutica o promoviendo la integración y acceso de personas en situación desfavorable al sistema de salud de forma equitativa (Verrept y Conue, 2019), sino que también se registran las funciones específicas que desempeñan y tienen que ver con la acogida, la interpretación y traducción lingüística, la información y asesoramiento, la prevención, la resolución de conflictos durante la atención clínica y la colaboración en educación sanitaria, entre otras ya referidas (Rodríguez y Llevot, 2011).

5. Conclusión.

Para concluir, destacar que se ha comprobado que la mediación intercultural mejora y aporta calidad a la atención sanitaria, así como promueve el acceso y la integración al sistema sanitario de todas las personas en situación de vulnerabilidad. Así mismo, identifica y da una respuesta eficaz a las demandas y necesidades sociales específicas que presenta la población migrante. Las particularidades detectadas, junto a las barreras y factores determinantes que revelan la existencia de peores resultados de salud en las personas migrantes, fundamentan la necesidad de intervenir sobre esta realidad de forma especializada; por lo que se necesita una atención sanitaria de calidad que dé cobertura íntegra a sus necesidades.

Las experiencias y actuaciones que se han analizado exponen los beneficios que trae consigo esta profesión, pero también manifiestan la necesidad de reconocer la figura profesional del/la mediador/a intercultural sanitario/a con el fin de obtener mejores resultados en salud para las personas migrantes. Por ello es necesario ahondar en las competencias y formación necesarias que caracterizan a esta profesión. Sin olvidar que la crisis sanitaria ha acentuado la necesidad de trabajar en acciones mediadoras en salud que resuelvan los conflictos culturales y sociosanitarios surgidos, que dé respuesta a las necesidades y demandas sanitarias específicas de las personas migrantes, que asegure la adherencia a los tratamientos y que promueva la sensibilización en educación sanitaria (Valero, 2021).

En conclusión, este estudio demuestra que la mediación intercultural en sanidad mejora la calidad de la atención sanitaria y promueve un sistema de salud más accesible y equitativo en una sociedad multicultural y heterogénea como la nuestra.

6. Bibliografía.

Alan, J. (2021). Interculturalidad en Salud: Teorías y Experiencias para Poblaciones Migrantes Internacionales. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 51-85). Universidad de Desarrollo.

Blanco, A. (2021). Mediación Intercultural para a resolución de conflictos no ámbito sanitario. *Revista Galega de Traballo Social - Fervenzas*, 23, 157-179.

Blukacz, A. (2021). Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 51-85). Universidad de Desarrollo.

Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (2021). Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 21-39). Universidad de Desarrollo.

Delgado, J. y Expósito, A. (2011). ¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario? *ENE Revista de Enfermería*, 5(3), 59-65. <http://enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/36>

Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B. & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systemic review of qualitative research. *BMC medical ethics*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8>

Fernández-Rufete, J. (2009). *El papel de la mediación intercultural en la Atención Primaria de Salud. Estudio de un caso*. Quaderna Editorial. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/165335-papel_mediacion.pdf

Lachal, J., Escaich, Bouznah, S., Rousselle, C., De Lonlay, P., Canoui, P., Moro, M.R. & Durand-Zaleski, I. (2019). Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ* 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032498>

Hiri, A. (2022). La atención sanitaria del inmigrante marroquí: una propuesta dese la mediación intercultural. *Revista Acciones Médicas*, 1(3), 26-42. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.03.003>

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1039). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Lutskovskaia, L., Atabekova, A., Zvereva, E., Gorbatenko, O. & Kaláshnikova, E. (2019). A pilot study of language and culture mediation in medical interpreting at border crossing points in Moscow, Russia. *Heliyon*, 5(2), 2-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384301/pdf/main.pdf>

Marnpae, M. (2014). Competencia intercultural en el ámbito sanitario: el caso del nacimiento tailandés. *FITIS Pos International Journal*, 1, 159-168. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2014.1.0.18>

Meyer, B. (2012). Interpretación ad hoc para pacientes con dominio parcial del idioma: participación en constelaciones multilingües. En C. Baraldi y L. Gavioli (Eds.), *Coordinación de la participación en la interpretación del diálogo* (pp- 99-113). John Benjamins.

- Munuera, P. (2020). La mediación sanitaria en Chile. *Revista de Mediación Chile*, 148, 92- 798. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n6/0717-6163-rmc-148-06-0792.pdf>
- Parra, D., Olivares, A. y Riesco, C. (2018). La mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. *Revista de Derecho*, 86(243), 121-144. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-591X2018000100121>
- Pavlopoulou, I.D., Tanaka, M., Dikalioti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O.D. & Tsoumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatrics*, 17(132), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
- Perna, R. y Moreno, F. J. (2021). Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España. *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020 (enero 2021)*, 116-128. <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.116>
- Pickett, K. (2021). Epílogo: La oportunidad de este libro en tiempos de COVID-19. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 369-370). Universidad de Desarrollo.
- Qureshi, A., Revollo, H.W., Collazos, F., Visiers, C. y El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Revista Norte de Salud Mental*, 8(35), 56-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830258>
- Rechel, B., Mladovsky, P. & Devillé, W. (2012). Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.003>
- Rodríguez, A. y Llevot, N. (2011). La mediación intercultural: una realidad en los hospitales. En García, F.J. & Kressova, N. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1065-1073). Instituto de Migraciones.
- Rubio, S. y Rubio, S. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 27 (80), 6-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301>
- Sepúlveda, C. y Cabieses, B. (2019). Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: Perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592-600. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n4/a06v36n4.pdf>
- Silva, A.M. (2020). Mediación durante la pandemia: protección de los derechos, activación de lazos sociales. En G. C. B. de Mansilla y C. Pilia (Dir.), *Una justicia alternativa para los derechos humanos y la protección familiar, en tiempos de crisis* (pp. 49-58). Ediciones Olejnik.
- Simonnot, N., Rodríguez, A., Nuenberg, M., Fille, F., Aranda-Fernández, P.E. & Chauvin, P. (2016). Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. *Médecins du Monde: Doctors of the World*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906>
- Suurmond, J., Uiters, E., De Bruijne, M., Stronks, K. & Essink-Bot, M.L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11(10). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- Valero, C. (2021). Un lugar para el factor humano en medio de la pandemia COVID-19. A modo de introducción. *FITIS Pos-International Journal*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.37536/FITISPos>
- Valverde, M. R. (2013). Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 12(29), 383-390. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/revision4.pdf>
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* WHO Regional Office For Europe, Copenhagen. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550145>
- Verrept, H. y Coune, I. (2019). Desarrollo de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria en Bélgica. En R. Mendoza, E. Gualda y M. Spinatssh (Eds.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas y práctica profesional. Una visión internacional*. (pp.5-30). Diaz de Santos.
- Watermeyer, J., Thwala, Z., & Beukes, J. (2021). Medical Terminology in Intercultural Health Interactions. *Health communication*, 36(9), 1115-1124. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735700>



Panorámica de la violencia contra las mujeres con discapacidad en España. Un análisis de datos estadísticos.

Panoràmica de la violència contra les dones amb discapacitat a Espanya. Una anàlisi de dades estadístiques.

Overview of violence against women with disabilities in Spain. An analysis of statistical data.

Mercedes López-Pérez¹

Resumen

La violencia contra las mujeres es el resultado de un sistema de poder que discrimina a la mujer por el hecho de serlo. En las últimas décadas, las mujeres han ocupado el espacio público y han reivindicado sus derechos, haciendo que la sociedad tome conciencia de la gravedad que representa la violencia contra las mujeres. Pero ¿dónde están las mujeres con discapacidad? Estos avances no se reflejan en este grupo especialmente vulnerable. El objetivo de este trabajo es analizar la violencia que soportan las mujeres con discapacidad de 16 o más años residentes en España desde el año 2006 al 2019. Se ha realizado una recopilación y extracción de los datos secundarios proporcionados por las Macroencuestas de Violencia contra la Mujer de los años mencionados y un análisis estadístico descriptivo. Algunos de los resultados obtenidos muestran que la mayoría de estas mujeres, aunque sufren niveles muy altos de violencia, no denuncian, lo que provoca que soporten mayores niveles de fragilidad.

Palabras clave: Trabajo Social, mujer con discapacidad, violencia de género, violencia contra la mujer.

Resum

La violència vers les dones és el resultat d'un sistema de poder que discrimina a la dona per el fet de ser-ho. En les darreres dècades, les dones han ocupat l'espai públic i han reivindicat els seus drets, fent que la societat prengui consciència de la gravetat que representa la violència vers les dones. Però, on són les dones amb discapacitat? Aquests avenços no queden reflectits en aquest grup especialment vulnerable. L'objectiu d'aquest treball és analitzar la violència que pateixen les dones amb discapacitat de 16 o més anys residents a Espanya des de l'any 2006 a l'any 2019. S'ha fet una recopilació i extracció de les dades secundaries proporcionades per les Macro enquestes de Violència vers les dones dels anys esmentats i una anàlisi estadística descriptiva. Alguns dels resultats obtinguts mostren que la majoria d'aquestes dones, encara que pateixen nivells més elevats de violència, no denuncien, fet que provoca que suportin majors nivells de fragilitat.

Paraules clau: Treball Social, dona amb discapacitat, violència de gènere, violència vers la dona.

Abstract

Violence against women is the result of a system of power and oppression that discriminates against women for being so. In recent decades women have occupied the public space and have claimed their rights, making society aware of the seriousness of violence, not only for women but also for all the society but, where are women with disabilities? These advances are not reflected in this particularly vulnerable group. The objective of this work is to analyze the violence endured by women with disabilities aged 16 or over living in Spain from 2006 to 2019. A collection and extraction of the secondary data provided by the Macro Surveys of Violence against Women of the aforementioned years has been carried out and a descriptive statistical analysis. Some of the results show that these women, despite suffering very high levels of violence, most do not report, which causes them to endure high levels of fragility.

Keywords: Social work, women with disabilities, gender violence, violence against women.

ACEPTADO: 03/01/2023

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Departamento de Psicología, Área de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad de Jaén. España.

✉ Mercedes López-Pérez.
perez@ujaen.es

López-Pérez, M. (2023). Panorámica de la violencia contra las mujeres con discapacidad en España. Un análisis de datos estadísticos. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 84-94. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40387>

1. Introducción.

De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos "... todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos... .. sin distinción alguna de raza, color, sexo... , nacimiento o cualquier otra condición..." (ONU, 1948, p. 2), pero este precepto, para casi la mitad de la población mundial (49,7%), se incumple de manera reiterada (UN, 2019). Un ejemplo es la falta de reconocimiento social de las mujeres como sujetos de derechos, provocada por los estereotipos de género, que aumenta la discriminación y la vulnerabilidad frente a la violencia (Fiscó, 2005).

La violencia contra las mujeres es una de las formas más flagrantes de violación de los derechos humanos, se basa en la discriminación histórica que soportan y se sustenta en un sistema de poder y opresión denominado patriarcado (Varela, 2005). Todas, en mayor o menor medida, han vivido y/o siguen viviendo violencia por el hecho de serlo, lo que provoca que ésta sea una realidad intolerable y un problema estructural que afecta a todas las sociedades. Es suficiente con observar los datos proporcionados por ONU Mujeres (2022) para saber que el 35% de la población mundial femenina ha soportado violencia en algún momento de sus vidas, y alrededor de 137 son asesinadas diariamente en todo el mundo por su pareja, expareja, familiar o desconocido.

En las últimas décadas, las mujeres han ocupado el espacio público, se han incorporado al mundo educativo y laboral, se han convertido en dueñas de sus cuerpos y de su sexualidad, y han reivindicado sus derechos. La sociedad ha tomado conciencia de la gravedad de la violencia que viven las mujeres, pasando de ser un asunto privado a formar parte de la agenda política de muchos gobiernos, lo que ha llevado a aprobar políticas públicas para erradicar todo tipo de violencia contra la mujer y en defensa de sus derechos (Cobo, 2011). Sin embargo, en el caso de las mujeres con discapacidad estos avances no se reflejan y continúan siendo un colectivo especialmente vulnerable e invisibilizado. Lo demuestran los obstáculos que impiden su acceso a los servicios sanitarios, sociales, policiales y judiciales, así como la falta de estadísticas, programas, planes y políticas que incluyan las variables discapacidad y mujer (Fundación CERMI Mujeres, 2021). En España, una de las pocas estadísticas oficiales que proporciona información sobre el número de mujeres con discapacidad maltratadas es la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer que, aunque se realiza desde el año 1999, no incluye la variable discapacidad hasta la edición del 2006. Conocer la magnitud de la violencia contra las mujeres con discapacidad es fundamental para cambiar esta realidad, siendo la finalidad de este trabajo analizar la violencia que soportan las mujeres con discapacidad de 16 o más años residentes en España desde el 2006 al 2019. Como afirma Lagarde (2006), erradicar la violencia contra las mujeres (con discapacidad) es una condición ineludible para avanzar como democracia y en la eficacia del Estado de derecho y de sus derechos humanos.

2. Mujer, discapacidad y violencia: la tríada invisible.

La aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciem-

bre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hicieron que se unieran dos temas y cobraran una relevancia social que hasta entonces no tenían, como son la violencia contra la mujer y la discapacidad. No obstante, sigue sucediendo que cuando se combinan los tres ejes de desigualdad "mujer", "discapacidad" y "violencia" se produce una situación social de indiferencia que hace que esta realidad sea ignorada. Basta con revisar estudios, encuestas e informes sobre esta problemática para comprobar que apenas existen datos sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad (Ministerio de Igualdad, 2020). Entre las causas de esta escasez de información están (Asociación Iniciativas y Estudios Sociales, 1998):

- La dificultad para diferenciar señales de maltrato con situaciones que se asocian a la condición de discapacidad.
- La falta de credibilidad que se concede a las mujeres con discapacidad, especialmente a las mujeres con una discapacidad intelectual o con problemas de comunicación o de salud mental.

Tanto las mujeres como las personas con discapacidad han sido históricamente representadas como errores (Santamarina, 2002). En el caso de las mujeres con discapacidad se unen dos sistemas hegemónicos que se complementan e interactúan, por un lado, el patriarcado y por otro, el capacitismo. Ambos generan violencia que se fundamenta en ser sistemas de dominación, estar estructurados de manera dualista y contrapuesta, y crear asimetrías de poder (Arnao, 2019).

2.1. Mujeres y discapacidad.

La sociedad asigna a las mujeres unos determinados roles diferentes a los de los hombres, construyéndose el concepto "género" que se basa en la idea de relacionar las diferencias biológicas con los roles que deben representar cada sexo en la sociedad. El género es uno de los ejes fundamentales de desigualdades de poder y la cultura normaliza la idea de la posición superior que ocupa el varón (Butler, 2007). De esta relación de desigualdad y subestimación de la mujer, nace la violencia del hombre contra ella (Bonino, 2008). Si a esta realidad se le une el factor discapacidad, hace que los niveles de infravaloración y vulnerabilidad sean aún mayores (Shum et al., 2006).

Alrededor de un 19,2% de mujeres en todo el planeta tienen una discapacidad frente al 12% de hombres (OMS y Banco Mundial, 2011) y en España, de los 4,38 millones de personas residentes en hogares que afirman tener una discapacidad, un 58,7% son mujeres (INE, 2022). Forman un grupo humano heterogéneo, con sus propios objetivos, inquietudes, reivindicaciones, ideologías... (Cózar et al., 2012). Sin embargo, todas comparten ser sujetos doblemente estereotipados, por un lado, se ven afectadas por los prejuicios hacia las mujeres y, por otro, por los prejuicios acerca de la discapacidad (ONU, 2012). Por lo que son víctimas de una doble discriminación: ser mujer y tener una discapacidad. La unión de estos dos factores aumenta la desigualdad, exclusión y violencia (Ministerio

de Igualdad, 2020). Soportan los mismos tipos de violencia que las mujeres sin discapacidad, pero cuando estos dos factores se combinan, la violencia alcanza formas y consecuencias más graves (ONU, 2012), debido principalmente a estas causas (Cózar et al., 2012; Shum et al., 2006): dependencia de terceras personas, déficit de apoyos sociales, desequilibrio de poder y abuso institucional. En el imaginario colectivo, las mujeres con discapacidad son seres imperfectos, dependientes y débiles, lo que conlleva que sus maltratadores den menos importancia a la violencia que cometen contra ellas, representando una mayor impunidad. Además, existe una serie de ideas o mitos relacionados con su imagen (Fundación CERMI, 2012):

- El mito de la deshumanización. Seres inferiores, no son capaces de sentir.
- El mito de la mercancía dañada. Por tanto, tienen menos valor.
- El mito de la insensibilidad al dolor.
- El mito de la amenaza de la discapacidad. Son consideradas como una amenaza para la sociedad, especialmente las que tienen una discapacidad psíquica.
- El mito de la indefensión. Imagen de debilidad que propicia el ser víctima.

Debido a estos prejuicios, la violencia que soportan presenta una serie de características:

- En algunas ocasiones no son conscientes de que están sufriendo malos tratos y/o tienen problemas para ex-

presarlo.

- Dificultad para acceder a los puntos de información y asesoramiento, a causa de la falta de accesibilidad universal.
- Negación de los roles unidos a la condición de mujer como consecuencia de su discapacidad. Por ejemplo, se les niega la sexualidad y la maternidad.
- Dependencia emocional, asistencial y cuidado, en muchos casos de quien es su maltratador.
- Miedo al abandono, a no tener quien la cuide si denuncia el maltrato.
- Mayores niveles de indefensión.
- Mayores niveles de aislamiento debido a las limitaciones de comunicación y de acceso a la información y nuevas tecnologías.
- Mayores niveles de violencia económica, al impedirles disponer de su propio dinero.
- Mayor posibilidad de ser explotada sexualmente.

En definitiva, las mujeres con discapacidad son víctimas de la imagen negativa y estereotipada que la sociedad tiene de la discapacidad (Fundación CERMI, 2012).

2.2. El mundo de la discapacidad.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006):

...la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con de-

Tabla 1. Características de los paradigmas de prescindencia y médico-rehabilitador.

| PARADIGMA DE PRESCINDENCIA | | |
|------------------------------------|---|--|
| Características | Las causas de la discapacidad son religiosas Las personas con discapacidad son inútiles y no aportan nada a la sociedad | |
| <i>Se divide en dos submodelos</i> | | |
| | Submodelo Eugénésico | Submodelo de Marginación |
| Época histórica | Antigüedad greco-romana | Edad media |
| Origen de la discapacidad | Religioso | Religioso |
| Respuesta social | Consecuencia del pecado Malos tratos Mutilación Infanticidio | Exclusión Mendicidad Marginación |
| PARADIGMA MÉDICO-REHABILITADOR | | |
| Características | Las causas de la discapacidad son científicas La discapacidad es un problema exclusivo de la persona Estas personas pueden ser útiles a la sociedad, siempre que sean rehabilitadas o normalizadas (proceso de normalización) | |
| Época histórica | Edad Moderna y consolidación a principios del s. XX, tras las I Guerra Mundial | |
| Origen de la discapacidad | Enfermedad o ausencia de salud | |
| Respuesta social | Toda la atención se centra en las deficiencias o limitaciones que deben ser reparadas Actitudes paternalistas y caritativas Subestimación, ya que consideran que estas personas tienen menos valor Solamente es posible la inclusión social si hay rehabilitación médica | |

Fuente: Elaboración propia.

ficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás... (p. 1)

Por lo tanto, es el resultado de una sociedad diseñada de tal modo que desarrolla unas dinámicas que excluyen y discriminan a quienes tienen determinadas limitaciones, coartando el desarrollo de sus capacidades. El que discapacita es el entorno, creándose un fenómeno social y una expresión de la opresión social denominada “discapacidad” (Etxeberria, 2008). Estas dinámicas se traducen en barreras actitudinales que se manifiestan socialmente en la percepción de la discapacidad como algo negativo, asociado a la enfermedad y al sufrimiento. Como afirma Calderón (2017), la discapacidad es una cuestión relacio-

nal, social y cultural, y no un tema biológico ni personal. Esta visión que la sociedad tiene sobre la discapacidad ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En cada época han existido diferentes enfoques teóricos sobre estas personas, a veces ha primado uno sobre otro, sin embargo, en otros periodos han convivido varios a la vez. Es preciso señalar que cuando se habla de paradigmas o enfoques teóricos se está haciendo referencia a la idea, imagen o visión que cada sociedad tiene sobre un tema, en este caso, sobre la discapacidad. Así pues “toda teoría acerca de la discapacidad aspira a una comprensión social compartida, justifica prácticas y criterios” (French et al., 1997, p. 6). Los principales, actualmente coexisten en mayor o menor medida, son el paradigma de prescindencia, el modelo médico-rehabilitador, el paradigma de

Tabla 2. Características del paradigma de la autonomía personal y modelo biopsicosocial.

| PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA PERSONAL | | |
|------------------------------------|---|---|
| Características | Surgió a finales de los años 60 y comienzo de los 70, junto al Movimiento de Vida Independiente en los EE.UU. Lucha a favor de los derechos humanos de las personas con discapacidad | |
| | Modelo social de la discapacidad | Modelo de la diversidad |
| Características | La discapacidad es el resultado de factores sociales y la solución debe dirigirse a cambiar la sociedad Su objetivo es conseguir una sociedad sin barreras | La discapacidad es considerada una cuestión de carácter ético y filosófico, y adquiere un estatus moral La diversidad o la diferencia es un valor enriquecedor para la sociedad Introduce un nuevo concepto: “diversidad funcional” |
| Época histórica | Década de los 70 | Década de los 2000 |
| Origen de la discapacidad | Causas sociales | Causas sociales |
| Respuesta social | Las personas con discapacidad pueden aportar la sociedad igual que el resto de la población La autonomía y la eliminación de barreras son fundamentales para alcanzar una igualdad de oportunidades Es necesario que la sociedad se someta a proceso de normalización | Son consideradas personas con derechos Nadie debe ser discriminado por ser diferente Inclusión social, autodeterminación e independencia Defiende políticas de desinstitucionalización y desmedicalización |
| MODELO BIOPSIOSOCIAL | | |
| Características | Es una síntesis integradora de los postulados de los modelos médico-rehabilitador y del modelo social de la discapacidad Relaciona aspectos biológicos, psicológicos y sociales e interviene sobre cada uno Es un modelo holístico de la salud y la enfermedad Se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud Considera la discapacidad un fenómeno complejo y multifacético | |
| Época histórica | Segunda mitad de la década de los años 70 | |
| Origen de la discapacidad | Interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales | |
| Respuesta social | Intervención con las personas con discapacidad, su familia y la comunidad Búsqueda de la inclusión social Proceso de rehabilitación integral Hacer un entorno accesible | |

Fuente: Elaboración propia.

la autonomía personal y el modelo biopsicosocial. En las tablas 1 y 2 se presentan las principales características de cada uno, dando una idea de cómo ha evolucionado la imagen de la discapacidad.

2.3. El concepto de violencia contra la mujer (con discapacidad).

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define esta violencia como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993, p. 2).

Coexisten diferentes tipos de violencia contra la mujer: violencia física, sexual, psicológica, económica, estructural, obstétrica y cultural. Éstas se visibilizan en actos como malos tratos, violación, mutilación genital, explotación sexual, trata, acoso o intimidación sexual en el trabajo (ONU, 1993; Ordóñez, 2016).

En el caso que nos ocupa, el de la violencia contra las mujeres con discapacidad, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR, 2012) afirma que:

La violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad abarca la violencia practicada en forma de fuerza física, coacción legal, coerción económica, intimidación, manipulación psicológica, engaño y desinformación, y en la cual la ausencia de consentimiento libre e informado constituye un componente fundamental (p. 3).

Algunos actos violentos habituales, en el caso de las mujeres con discapacidad, además de los indicados anteriormente, son la esterilización forzosa, los procedimientos e intervenciones médicas realizadas sin su consentimiento libre e informado, incluyendo los relacionados con los anticonceptivos y el aborto (ONU, 2016). La esterilización forzosa en España, aunque ha sido derogada recientemente por la Ley Orgánica 2/2020, es una práctica discriminatoria bastante habitual. Tan solo en una década se realizaron más de un millar de esterilizaciones forzosas a personas con discapacidad; la mayoría fueron mujeres (BOE, 2020) y entre éstas, la mayor parte eran mujeres y niñas con discapacidad intelectual o psíquica (Fundación CERMI Mujeres y Foro Europeo de la Discapacidad, 2018).

Otro instrumento importante para los derechos, libertades y dignidad de estas mujeres ha sido la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que, por primera vez, hace referencia a la condición especial de la mujer y niña con discapacidad. Por un lado, reconoce el concepto de igualdad entre hombres y mujeres como base de la no discriminación y, por otro, las múltiples formas de discriminación que conlleva ser mujer con discapacidad. Además, éste reclama a los Estados que aprueben medidas necesarias y efectivas, centradas sobre todo en la mujer y la infancia, que aseguren la eliminación de los actos de explotación, violencia y abuso (ONU, 2006).

Todo tipo de violencia contra las mujeres, tengan o no discapacidad, es un problema de salud pública (OMS, 1996), ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales son un factor decisivo en el deterioro de su salud (Fundación CERMI Mujeres, 2020). En muchos casos, la situación de discapacidad es una consecuencia de la violencia sufrida por la mujer (Ministerio de Igualdad, 2020) y, en otros, esta violencia supone la pérdida de la vida o feminicidio. En España, desde el año 2012 al 2020 han sido asesinadas 520 mujeres por sus parejas, exparejas o desconocidos; y de éstas, 65 eran mujeres con discapacidad (Ministerio de Igualdad, s.f.).

3. Metodología.

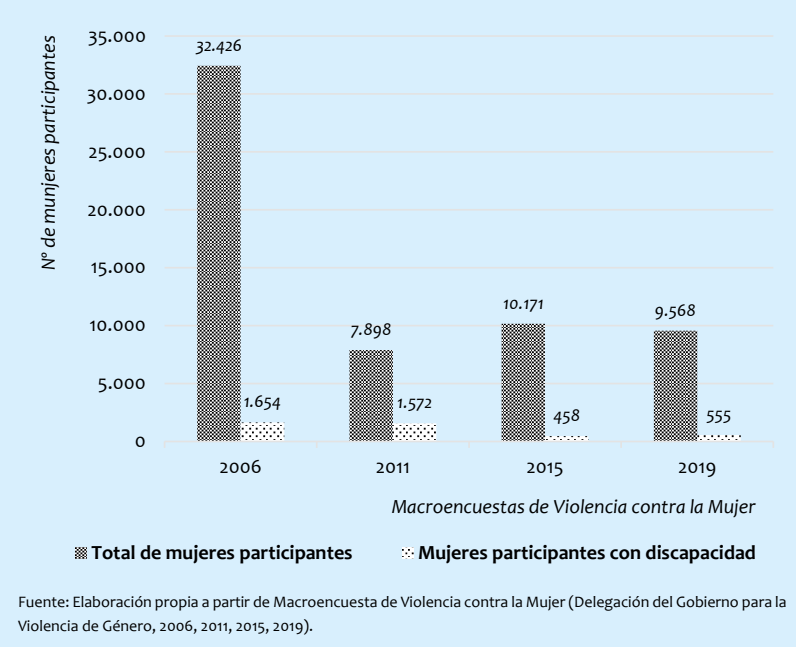
El objetivo general de este trabajo es analizar la violencia que soportan las mujeres con discapacidad de 16 o más años residentes en España desde el año 2006 al 2019 y para lograrlo, se plantean los objetivos específicos siguientes:

- Cuantificar la violencia contra las mujeres con discapacidad.
- Especificar los tipos de violencia que soportan.
- Describir las consecuencias que la violencia tiene sobre su salud.
- Determinar el perfil de sus maltratadores.
- Conocer las denuncias interpuestas y la ayuda formal e informal recibida.

Se ha realizado una recopilación y extracción de los datos proporcionados por la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2006, 2011, 2015 y 2019 y un análisis estadístico descriptivo. Ésta es el único estudio estadístico oficial, de ámbito nacional, sobre la violencia contra las mujeres y hasta la actualidad se han realizado seis ediciones (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2020). Hasta la macroencuesta del año 2006 no se incluyó la variable discapacidad, comenzándose a cuantificar la violencia contra estas mujeres (Instituto de la Mujer, 2006).

La muestra utilizada en este trabajo corresponde al número de mujeres con discapacidad que han participado en la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer del 2006, 2011, 2015 y 2019. Todas estas muestras se caracterizan por tener un tamaño muestral bastante pequeño. En la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2006 participaron 32.426 mujeres residentes en España de 18 o más años y solamente un 5,1% indicaron tener una discapacidad acreditada. La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2011 tuvo una participación de 7.898 mujeres que residían en España de 18 o más años, pero solo un 19,9% eran mujeres con una discapacidad acreditada. En la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015 participaron 10.171 de mujeres de 16 años y más residentes en España, pero un 4,5% manifestaron tener una discapacidad acreditada. Y en la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019 participaron 9.568 mujeres residentes en España de 16 años y más, pero solamente un 5,8% eran mujeres con una discapacidad acreditada. En estas cuatro ediciones se realizó un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selec-

Gráfico 1. Tamaño muestral de las cuatro macroencuestas.



La discapacidad se clasifica en los grados y porcentajes siguientes:

- **Grado 1.** 0% de discapacidad: Nula. La persona tiene daños, síntomas o secuelas, pero no tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Grado 2.** 1% a 24% de discapacidad: Leve. La persona tiene daños, síntomas o secuelas y existe alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, pero las pueden realizar en su totalidad.
- **Grado 3.** 25% a 49% de discapacidad: Moderada. La persona tiene daños, síntomas o secuelas que causan una importante limitación para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, la persona es independiente para realizar las tareas de autocuidado.
- **Grado 4.** 50% a 70% de discapacidad: Grave. La persona tiene daños, síntomas o secuelas que causan una importante limitación para la realización de las actividades de la vida diaria. Y son dependiente para realizar alguna de las tareas de autocuidado.
- **Grado 5.** 75% de discapacidad: Muy grave. La persona tiene daños, síntomas o secuelas que le impiden realizar todas las actividades de la vida diaria incluidas las tareas de autocuidado.

ción de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de edad, sexo y/o ocupación. Los estratos se han formado por el cruce de las 17 comunidades autónomas con el tamaño de hábitat.

En el gráfico 1 se presentan las muestras de mujeres sin y con discapacidad que participaron en las Macroencuestas de Violencia contra la Mujer objeto de este estudio. Este trabajo presenta varias limitaciones. Por un lado, debido a las mejoras en la recogida de los datos, no todas las ediciones aportan la misma información, siendo más amplia en las dos últimas ediciones que en las dos anteriores y esto se refleja a la hora de dar respuestas a algunos objetivos que solamente proporcionan información de las macroencuestas de los años 2015 y 2019. Por otro lado, ninguna macroencuesta facilita información sobre las características sociodemográficas de las mujeres con discapacidad víctimas de la violencia de género como, por ejemplo: grado de discapacidad, edad, nivel educativo, situación laboral, etc. Para identificar a estas mujeres solamente se les formuló una pregunta sobre si tenían alguna discapacidad, enfermedad o problema para realizar las actividades diarias.

Hasta donde se conoce, no existen estudios actualizados sobre este tema en España, por lo que no se puede hacer una comparativa con los resultados obtenidos en este análisis. No obstante, se considera que estas limitaciones no restan valor a este trabajo a la hora de obtener una visión general de la violencia que soportan las mujeres con discapacidad.

4. Resultados.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos según el orden de los objetivos propuestos y por año de la macroencuesta. Las variables que se han analizado se muestran en la tabla 3.

4.1. Cuantificar la violencia contra las mujeres con discapacidad.

Según la macroencuesta de 2006, el 21,1% de las mujeres con discapacidad declaró haber sido víctima de algún tipo de violencia de género por una/s persona/s conviviente. En torno al 80% de éstas llevaban más de 5 años soportando esta situación.

De acuerdo con la macroencuesta de 2011, el 25,7% de las mujeres con un grado de discapacidad grave soportaron violencia por parte de su pareja, y un 19,1% con un grado moderado de discapacidad también fueron víctima de violencia.

La macroencuesta de 2015 informó que un 8,1% de las mujeres con discapacidad manifestaron ser víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja. Un 46,3% de las que habían vivido violencia de alguna expareja, posteriormente volvió a vivir violencia de otra pareja.

Y de acuerdo con la información proporcionada por la macroencuesta de 2019, un 40,0% de mujeres con discapacidad han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida. En el 20,9% de estas mujeres la violencia fue ejercida por la pareja actual, sin embargo, ésta aumenta a un 52,2% en el caso de la violencia ejercida por alguna expareja.

En el gráfico 2, se presenta la evolución del porcentaje de mujeres con discapacidad que soportaron violencia de su pareja durante el periodo 2006 a 2019.

Se ha observado que, si la mujer con discapacidad dispone de recursos de poder y se dan determinadas dinámicas en la pareja, hay una disminución de las probabilidades de sufrir violencia. Entre los factores de riesgo o recursos de poder están que ambos cónyuges trabajen, tener ingresos propios iguales o superiores a los de su cónyuge (un 31% menos de riesgo de ser maltratadas), compartir las tareas domésticas (se reduce el riesgo de maltrato en un 53%), dedicar tiempo a cuidarse (tener un

Tabla 3. Variables analizadas.

| |
|--|
| Porcentaje de violencia vivida por las mujeres con discapacidad reconocida igual o superior al 33% |
| Tipología de violencia que soportan las mujeres con discapacidad reconocida oficialmente |
| Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres con discapacidad reconocida |
| Perfil de los agresores de las mujeres con discapacidad acreditada |
| Porcentaje de denuncias interpuestas por las mujeres con discapacidad víctimas de violencia |
| Porcentaje de mujeres con discapacidad víctimas de violencia que no interpusieron denuncia |
| Prevalencia de los motivos que manifestaron para no denunciar |
| Proporción de la ayuda formal e informal recibida por las mujeres con discapacidad acreditada |

Fuente: Elaboración propia.

espacio de autonomía y libertad para dedicar a su persona reduce un 28% este riesgo) y tener personas que se preocupen por ella (se reduce un 63% el riesgo de sufrir violencia de género). En el caso contrario están los factores de riesgo que provocan que aumenten las probabilidades de ser víctima de la violencia y son que la mujer tenga un empleo y el hombre no (4,79 veces más riesgo de sufrir maltrato que cuando ambos cónyuges trabajan), ninguno trabaje, ingresos propios menores a los de su cónyuge, anteponer el cuidado de los demás al suyo y no contar con personas que se preocupen por ellas. En la tabla 4 se presentan los recursos de poder o factores que reducen o aumentan el riesgo de ser víctima de violencia de género.

4.2. Especificar los tipos de violencia que soportan.

La información que se presenta en este apartado solamente está disponible en las dos últimas macroencuestas. Según la macroencuesta de 2015, el 16,7% soportó violencia física -un 12,0% fue violencia física severa y el 4,7% violencia física moderada por alguna de sus parejas-. Un 5,4% la recibió por parte de la pareja actual y el 27,4% de su expareja. Si se atiende a la violencia sexual, un 22,1% de las mujeres con discapacidad la soportó de alguna expareja y en el 5,3% el agresor fue su pareja.

En relación a la violencia psicológica de control la soportaron un 43,5% de las mujeres con discapacidad de alguna de su expareja y un 15,7% de la pareja actual. Cuando se trata de violencia psicológica emocional por parte de alguna de sus exparejas, la cifra es prácticamente igual al caso anterior (43%); mientras que cuando el maltratador es su pareja el porcentaje asciende un poco, al 16,8%. Las manifestaciones más habituales son las amenazas verbales, insultos, menosprecio en público e intimidación.

En cuanto a la violencia económica, en el 28,9% de estas mujeres el agresor fue su expareja y en un 5,8% el maltratador fue su actual pareja. Casi un 31% de mujeres con discapacidad manifestaron haber sentido miedo de su expareja, este porcentaje desciende al 7,1% en el caso de ser por la pareja actual.

Hay un 8,1% de mujeres con discapacidad que experimentaron de forma conjunta, todos los tipos de violencia mencionados anteriormente, en algún momento de su vida. Y un 23,3% declararon haber soportado conjuntamente violencia física, sexual y miedo de su pareja o exparejas.

En la macroencuesta de 2019, el porcentaje de mujeres con discapacidad que vivieron violencia física de su pareja fue de un 3,2%, mientras que esta cifra aumenta a un 26,6% en el caso de haber sido la expareja. Un 2,8% afirmaron haber sido víctimas de violencia sexual por parte de su pareja, esta cifra asciende al 22,1% en el caso que fuera alguna de sus exparejas. La violencia psicológica de control la vivieron un 42,1% de las mujeres con discapacidad de su expareja y un 12,4% por parte de la pareja actual. Las cifras son similares cuando se refiere a la violencia psicológica emocional, el 41,8% la padecieron por parte de su expareja y en el caso de ser su pareja, el porcentaje fue de 15,5% de las mujeres con discapacidad. La violencia económica la soportó el 26% de estas mujeres por parte de alguna de sus exparejas y un 4,3% el maltratador fuera la pareja actual. Un 29,4% manifestaron haber sentido miedo de su expareja, este porcentaje desciende al 4,8%

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres con discapacidad maltratadas por su pareja.

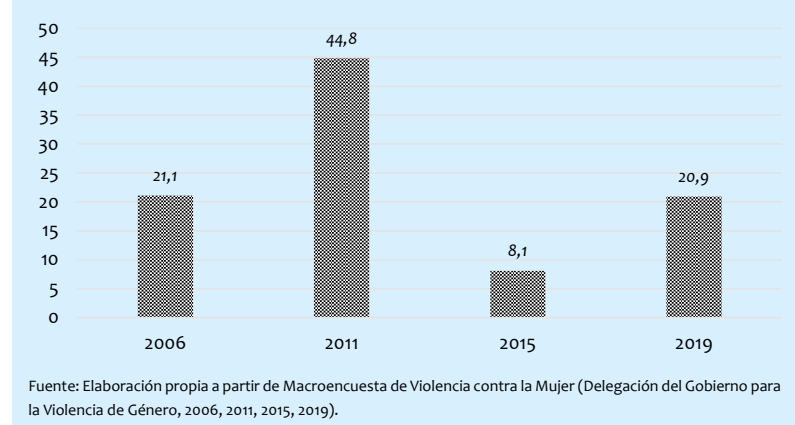


Tabla 4. Factores de riesgo de sufrir violencia de género.

| | Violencia a partir de determinados comportamientos |
|---|--|
| Diferencia en el nivel de estudios | 0,91* |
| Situación laboral de los cónyuges / pareja: | |
| - Ambos trabajan | 1 |
| - Hombre trabaja, mujer no trabajo remunerado | 0,77 |
| - Mujer trabaja, hombre no trabajo remunerado | 1,63 |
| - Ambos inactivos | 1,38 |
| Ingresos respecto al cónyuge / pareja: | |
| - Gana igual o más | 0,69+ |
| - Gana menos | 1 |
| Comparte las tareas domésticas: | |
| - A veces, siempre o casi siempre | 0,47*** |
| - Nunca o casi nunca | 1 |
| Dedica tiempo a cuidarse y sentirse bien: | |
| - A veces, siempre o casi siempre | 0,47*** |
| - Nunca o casi nunca | 1 |
| Antepone el cuidado de los demás al suyo: | |
| - A veces, siempre o casi siempre | 1 |
| - Nunca o casi nunca | 1 |
| Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede: | |
| - A veces, siempre o casi siempre | 0,37*** |
| - Nunca o casi nunca | 1 |
| Tamaño del municipio | 1,18 |
| Nacionalidad de la mujer con discapacidad: | |
| - Española | 1 |
| - No española | 1,07 |
| Discapacidad para actividades diarias: | 11 (7,1%) |
| - Grave | 1,56* |
| - Media | 1 |
| Tiene hijos/as: | |
| - Sí | 1,59 |
| - No | 1 |
| Edad de la mujer entrevistada: | |
| - Menos de 65 años | 1 |
| - 65 o más años | 0,72 |

Nivel de significación: + p<0,1, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2011 (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011).

en el caso de ser su pareja.

En algunos casos, las mujeres con discapacidad soportan distintos tipos de violencia a lo largo de su vida y de cualquier pareja. Las más frecuentes fueron la violencia física y sexual (21,6%), la violencia psicológica, económica y miedo (41,2%) y todas estas violencias juntas (41,2%).

4.3. Describir las consecuencias que la violencia tiene sobre su salud.

Según los datos obtenidos de la macroencuesta de 2006, las principales secuelas sobre la salud de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia fueron, en este orden: fatiga permanente, insomnio, ansiedad, tristeza, ganas de llorar sin motivo, cambios de ánimo, inapetencia sexual, irritabilidad y dolores de cabeza, espalda o articulaciones.

Además, la percepción del estado de salud cambia según el grado de discapacidad. Así, en la macroencuesta de 2011, el 87,1% de las mujeres con una discapacidad grave y víctimas de violencia consideraban que tenían una salud muy mala, mala o regular; en cambio, si la mujer tenía un grado de discapacidad moderada, el porcentaje se reducía a un 75,3%. Este porcentaje aumenta a casi el 100%, en el caso que la violencia sea ejercida por la pareja actual.

En este periodo de tiempo, las mujeres con una discapacidad grave manifestaron que las consecuencias más habituales son los dolores de espalda o articulaciones (98,2%), los cambios de ánimo (85,5%), la inapetencia sexual (81,1%), insomnio (74,1%), dolores de cabeza (73,2%), ansiedad e irritabilidad (66,7%), ganas de llorar y fatiga permanente (65,5%) y tristeza (57,4%). En menor medida, esta sintomatología también se presenta en la gran mayoría de mujeres con una discapacidad media. Cabe destacar que estos síntomas aumentan unas 7,7 veces más cuando el maltratador es la pareja actual. Aunque en el caso que el maltrato sea por parte de su expareja, también se produce un deterioro de su salud y un aumento de las secuelas, pero no tan acentuado como el caso anterior.

En la macroencuesta de 2015, se manifestó que casi un 45% de las mujeres con discapacidad percibían que su salud era muy mala, mala o regular y casi un 80% consideraba que la violencia afectó bastante o mucho a su salud. Entre los síntomas más frecuentes estaban los dolores de

espalda o articulaciones, cambios de ánimo, ansiedad, insomnio, inapetencia sexual, dolores de cabeza, ganas de llorar, fatiga permanente, irritabilidad y tristeza. Con respecto a las lesiones físicas provocadas, un 25% fueron severas y el 23,1% moderadas. En el gráfico 3 se pueden ver los porcentajes de los sentimientos provocados tras los actos de violencia.

En la macroencuesta de 2019, un 77% de las mujeres con discapacidad que soportaron violencia de su pareja o expareja manifestaron tener consecuencias psicológicas. Un 40,4% afirmaron tomar medicamentos, alcohol o drogas para hacer frente a las secuelas de la violencia vivida. El 27,2% estuvieron un tiempo sin poder ir a trabajar o estudiar debido al maltrato. Y, por último, el 20,7% afirmaron que la discapacidad es consecuencia de la violencia de su pareja o expareja.

4.4. Determinar el perfil de los maltratadores.

Esta información solamente está disponible en las macroencuestas de 2006, 2015 y 2019, en la edición de 2011 no hay datos al respecto. Según los datos proporcionados por la macroencuesta de 2006, la mayoría de los maltratadores fueron, en este orden, la pareja o expareja de las mujeres con discapacidad, sus hijos/as, su padre y/o madre, sus hermanos/as y otros familiares o no familiares. Cuando el maltratador era la pareja, las causas que provocaron la violencia fueron problemas con el alcohol, el estrés y el desempleo.

De acuerdo con la macroencuesta de 2015, el 7,5% de las mujeres con discapacidad que soportaron violencia física indicaron que el agresor fue un familiar y el 4,6% era un conocido. Iguales proporciones se dieron en el caso de haber soportado violencia sexual.

En la macroencuesta de 2019, el 40,2% de las mujeres con discapacidad confirmaron que vivieron violencia física de un familiar hombre, un 33,2% de familiares mujeres, el 34,3% de amigos o conocidos hombres y el 10,9% de desconocidos hombres. Cuando las mujeres con discapacidad manifestaron soportar violencia sexual, el 29,3% indicaron que el agresor fue un familiar hombre, un 55,7% fueron amigos o conocidos hombres y el 30,3% un desconocido hombre. En el caso de soportar acoso sexual, el 12,8% de los agresores fueron su pareja o familiar hombre, un 33,8% amigos o conocidos hombres y el 63% un desconocido hombre.

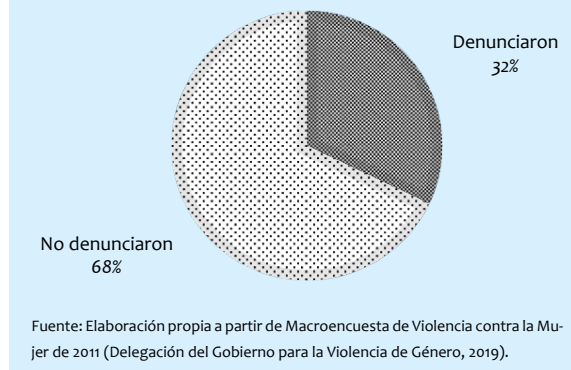
Y, por último, el 30,6% de las mujeres con discapacidad que aguantaron acoso reiterado o *stalking* confirmaron que el agresor fue una pareja o familiar hombre, el 36,4% amigos o conocidos hombres y el 33,6% un desconocido hombre.

4.5. Conocer las denuncias interpuestas y la ayuda formal e informal recibida.

Esta información que se presenta a continuación se recoge de las dos últimas macroencuestas (2015 y 2019), ya que en las ediciones anteriores no hay datos. En relación a las denuncias interpuestas, según la macroencuesta de 2015, la mayoría de las mujeres con discapacidad no denunciaron. En el gráfico 4 se presentan los porcentajes correspondientes, sin variaciones respecto a la edición anterior.

Entre los motivos que manifestaron para no denunciar estaban: vergüenza (75%), miedo (73,5%) y poca impor-

Gráfico 4. Denuncias de los actos de violencia de género de las mujeres con discapacidad en 2019.



tancia o podía resolverlo sola (71%). Con respecto a la búsqueda de ayuda, un 51,4% solicitó ayuda formal y el 74,7% informal. Entre las que pidieron ayuda formal, acudieron principalmente a: psicólogo/a o psiquiatra (35,4%), centro de salud u hospital (29,1%), abogado/a (18,2%) y servicios sociales (15,5%). En cuanto al apoyo informal, estas mujeres con discapacidad le contaron su situación, principalmente a una amiga (49%), madre (34%), hermana (27%) y otro familiar mujer (26%).

En cuanto a la búsqueda de ayuda, el 50,5% solicitaron asistencia formal y el 71,1% buscaron apoyo informal. Si se desglosa toda esta información por tipos de violencia, se observa que las mujeres con discapacidad que vivieron violencia sexual, solo un 11,5% denunciaron y 24,3% buscaron ayuda formal. Si la víctima soportó acoso sexual, solamente un 5,9% denunciaron y el 6,4% buscaron apoyo formal. Y, por último, el 22% denunciaron acoso reiterado o *stalking* y un 27,1% recibieron ayuda formal.

5. Conclusiones.

La violencia contra la mujer es un ataque directo contra su libertad e igualdad. Bajo este concepto se engloban una serie de actos delictivos como son amenazas, vejaciones, injurias, lesiones, abuso o agresión sexual, etc. Esta violencia es el resultado de un sistema de poder y opresión que discrimina a la mujer por el hecho de serlo. En las últimas décadas, las mujeres han ocupado el espacio público y han reivindicado sus derechos, haciendo que la sociedad tome conciencia de la gravedad que representa la violencia, pero estos avances no se reflejan en las mujeres con discapacidad, un grupo especialmente vulnerable.

Tanto a nivel internacional como nacional, existe una abundante producción científica sobre la problemática social de la violencia contra la mujer, sin embargo, la violencia contra las mujeres con discapacidad sigue siendo un tema poco estudiado.

A pesar de la aprobación de diferentes normativas en materia de discapacidad y violencia de género, en España no hay un estudio que vincule ambas realidades y que aporte un conocimiento relevante. La poca información disponible sobre violencia contra las mujeres con discapacidad se obtiene de estudios sobre violencia contra las mujeres que incluyen la discapacidad como variable, pero no se obtienen más datos como, por ejemplo, edad, tipo de discapacidad, tipo de violencia, consecuencias, etc. Por ello,

es necesario abordar esta realidad de discriminación y desigualdad con estudios que proporcionen una información sistematizada y desglosada.

Algunos de los datos más significativos de este trabajo sobre las mujeres con discapacidad que viven violencia:

- Soportan altos niveles de fragilidad.
- La incidencia y la frecuencia de la violencia son muy altas.
- Tienen más secuelas que el resto de las mujeres maltratadas.
- Enfrentan simultáneamente distintas formas de violencia con bastante asiduidad.
- Un porcentaje alto ha sufrido violencia por parte de distintas parejas.
- La mayoría no denuncia la violencia.
- La ayuda que buscaron fue sobre todo informal: familiares y/o amigas/os.

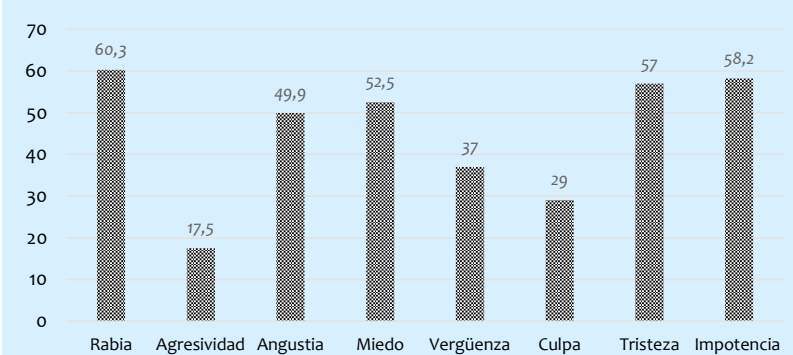
Como señala Cavalcante (2018) las mujeres con discapacidad son víctimas de una serie de estereotipos negativos que le imponen la sociedad y que genera un trato desigual y discriminación.

Como profesionales del Trabajo Social se nos presenta un nuevo desafío: detectar y denunciar las situaciones de discriminación, desigualdad y violencia contra unos de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad, como son las mujeres con alguna discapacidad. Para conseguir una sociedad verdaderamente comprometida con la justicia y la igualdad es fundamental aunar todos los esfuerzos que ayuden a transformar la cultura que facilita estas situaciones de violencia.

6. Bibliografía.

- Arnau, M. S. (2019). *Estudios críticos de y desde la diversidad funcional* (Tesis doctoral). UNED, España.
- Asociación Iniciativas y Estudios Sociales. (1998). *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*. Vedra.
- Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de identidad*. Paidós. ISBN: 978-84-493-2030-9
- Calderón, I. (2017). *Ahí adentro hay lo mismo que aquí adentro*. Ignacio Calderón Almendros. <https://www.ignaciocalderon.uma.es/projects/ahi-adentro-hay-lo-mismo-que-aqui-adentro/>
- Cavalcante, A. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 15–25. <https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.002>
- CERMI. (2012). *La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad. Volumen I*. Colección Cerme.es, nº 54. Ediciones Cinca.
- Cobo, R. (2011). *Hacia una nueva política sexual: las mujeres ante la reacción patriarcal*. Los Libros de la Catarata. ISBN: 978-84-8319-602-1
- Cózar, M.A., Caballero, I., Orozco, E. y Vales A. (2012). *Autodiagnóstico de la situación de las Mujeres con*

Gráfico 3. Sentimientos tras los episodios de violencia vividos por las mujeres con discapacidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2011 (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

- Discapacidad en Andalucía. Dirección General de Personas con Discapacidad Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Junta de Andalucía.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2012). *Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género 2011*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV_Macroencuesta_2011.pdf
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. ISBN: 978-84-7670-731-9. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- Etxeberria, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, (48). Universidad de Deusto. ISBN: 978-84-9830-782-5
- Fiscó, S. (2005) Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano. *Papel Político*, (17), 119-179. ISSN: 0122-4409
- French, S., Gillmann, M. & Swain, J. (1997). *Working with Visually Disabled People. Bridging Theory and Practice*. Venture Press. ISBN-13: 978-1861780140
- Fundación CERMI Mujeres y Foro Europeo de la Discapacidad. (2018). *Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y niñas con discapacidad* (Colección Generosidad, Género y Discapacidad, nº 7). Grupo Editorial Cinca. ISBN: 978-84-16668-48-9
- Fundación CERMI Mujeres. (2021). *Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad a partir de la explotación de los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 de la DGVG* (Colección Generosidad, Género y Discapacidad, nº 16). Grupo Editorial Cinca. ISBN: 978-84-18433-39-9
- Fundación CERMI-Mujeres. (2020). *La violencia sexual en las mujeres con discapacidad intelectual*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género: Ministerio de Igualdad.
- Instituto de la Mujer. (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0004.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD). Principales resultados*. Año 2020. https://www.ine.es/prensa/edad_2020_p.pdf
- Lagarde, M. (2006). Introducción. Por la vida y la libertad de las mujeres. Fin del feminicidio. En D. Russell y R. Harmes, *Feminicidio: una perspectiva global* (pp. 15-42). UNAM. ISBN: 970-32-3001-6
- Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. *Boletín Oficial del Estado* (BOE), núm. 328, de 17 de diciembre de 2020, pp. 115646-115649.
- Ministerio de Igualdad (s.f.). *Por una sociedad libre de violencia de género*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Boletín anual. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/home.htm>
- Ministerio de Igualdad. (2020). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. Centro de Publicaciones.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). (2012). *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*. Consejo de Derechos humanos, 20º periodo de sesiones.
- ONU Mujeres. (2022). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Ordóñez, H. (2016). *Violencia contra las mujeres con discapacidad. Ver y reconocer las señales*. Asociación de Mulleres con Discapacidades de Galicia. <http://hdl.handle.net/11181/6449>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos (Resolución 217 A (III))*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Resolución, 48(104).
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-violence-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Observación general núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*. <https://docs-tore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsnbHatvu-FkZ%2Bt93Y3D%2Baa2oLChc5Ye5yoyX37Gpo%-2FkmBZl1QeKTg7cNEuS%2FzKc3xGM7PD4P8Yrjs-NLHbSyyH3%2BpDNGpobvX%2B6Zw74L1Z2GWT>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *49ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra, 20-25 de mayo de 1996: resoluciones y decisiones: anexos. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203895/WHA49_1996-REC-1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf
- Santamarina, C. (2002). *Mujer y discapacidad: una doble discriminación*. En Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias (Ed.), *Mujer y discapacidad: un análisis pendiente* (pp. 25-36). KRK ediciones.
- Shum, G., Conde, Á. y Portillo, I. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Instituto de la Mujer. ISBN: 84-7799-994-5
- United Nations. (2019). *World population prospects 2019: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs. United Nations. ISBN: 978-92-1-148316-1
- Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B. ISBN: 9788498728736
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2012). *Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género 2011*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV_Macroencuesta_2011.pdf
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. ISBN: 978-84-7670-731-9. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- Etxeberria, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, (48). Universidad de Deusto. ISBN: 978-84-9830-782-5
- Fiscó, S. (2005) Atroces realidades: la violencia sexual contra la mujer en el conflicto armado colombiano. *Papel Político*, (17), 119-179. ISSN: 0122-4409
- French, S., Gillmann, M. & Swain, J. (1997). *Working with Visually Disabled People. Bridging Theory and Practice*. Venture Press. ISBN-13: 978-1861780140



Representaciones sociales sobre las personas migrantes centroamericanas en México. Un estudio de comunidad.

Representacions socials de les persones migrants centreamericanes a Mèxic. Un estudi de comunitat.

Social representations of Central American Migrants in Mexico. A community study.

Zurisdai García Jiménez¹ , Pedro Daniel Martínez Sierra² 

Resumen

Desde 2016, personas migrantes decidieron establecerse en la comunidad Valle de Ecatepec, Estado de México. Este fenómeno se ha presentado en diversas comunidades de México. El presente artículo tiene por objetivo analizar las representaciones sociales de los habitantes de la colonia Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes centroamericanas. Está compuesto por cuatro apartados: introducción; marco conceptual sobre las representaciones sociales de Moscovici (1979); marco metodológico empleado durante de la COVID-19, con enfoque cualitativo que describe el uso y procedimiento analítico del cuestionario y entrevista; además, se presentan los resultados que denotaron sesgos discriminatorios como apatía y exclusión.

Palabras clave: migración, representaciones sociales, comunidad, discriminación.

Resum

Des de 2016, persones migrants van decidir establir-se en la comunitat Vall de Ecatepec, Estat de Mèxic. Aquest fenomen s'ha presentat en diverses comunitats de Mèxic. El present article té per objectiu analitzar les representacions socials dels habitants de la colònia Vall Ecatepec sobre les persones migrants centreamericanes. Està compost per quatre apartats: introducció; marc conceptual sobre les representacions socials de Moscovici (1979); marc metodològic emprat durant de la COVID-19, amb enfocament qualitatiu que descriu l'ús i procediment analític del qüestionari i entrevista; a més, es presenten els resultats que van denotar biaixos discriminatoris com apatia i exclusió.

Paraules clau: migració, representacions socials, comunitat, discriminació.

Abstract

Since 2016, migrants decided to settle in the community Valle de Ecatepec, State of Mexico. This phenomenon has occurred in various communities in Mexico. This article aims to analyze the social representations of the inhabitants of the Valle de Ecatepec colony about Central American migrants. It is composed of four sections: introduction; conceptual framework on social representations by Moscovici (1979); methodological framework used during the COVID-19, with a qualitative approach that describes the use and analytical procedure of the questionnaire and interview; in addition, the results that denoted discriminatory biases such as apathy and exclusion are presented.

Keywords: migration, social representations, community, discrimination.

ACEPTADO: 06/01/2023

PUBLICADO: 23/01/2023

^{1,2} Universidad Nacional Autónoma de México.

✉ Zurisdai García Jiménez.
zuri.garcia.ts@gmail.com

García Jiménez, Z. y Martínez Sierra, P.D. (2023). Representaciones sociales sobre las personas migrantes centroamericanas en México. Un estudio de comunidad. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 95-103. <https://doi.org/10.1344/its.13.40315>

1. Introducción.

México ha sido reconocido como uno de los principales países en la expulsión de personas migrantes; sin embargo, con el paso de los años se ha reconfigurado en un nuevo escenario migratorio al convertirse en país de destino o llegada, y generar el asentamiento de personas migrantes no solo en las entidades fronterizas. El Estado de México, entidad ubicada a más de mil kilómetros de cualquiera de los límites fronterizos del país, desde el 2016 ha presentado un fenómeno migratorio en la colonia Valle de Ecatepec (perteneciente al municipio de Ecatepec de Morelos); decenas de personas provenientes del Norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador) se han establecido en la comunidad, situación que requiere emergente atención y estudio.

Por ello, en aras de comprender y atender las nuevas dinámicas migratorias, el presente estudio es resultado de un trabajo de tesis para la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, dirigido por el Dr. Pedro Daniel Martínez Sierra. Dicha investigación analiza las representaciones sociales de los habitantes de la colonia Valle de Ecatepec, ubicada en la zona metropolitana del Estado de México, específicamente en el municipio de Ecatepec, en torno a las personas migrantes centroamericanas establecidas allí. Hasta el 2021, no se encontró un antecedente de estudio en la comunidad sobre la población migrante proveniente de Guatemala, Honduras y El Salvador.

La colonia Valle de Ecatepec CTM XIII se encuentra en el municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México. En sus límites se caracteriza por el paso del tren “La bestia”, uno de los principales medios de transporte que abordan las personas migrantes desde el sur del país (México), hasta los límites fronterizos con Estados Unidos. La colonia colinda con cuatro colonias: Juan de la Barrera, Potrero Chico, Joyas y Joyas de Ecatepec (INEGI, 2020), las cuales son atravesadas por las vías y el paso del tren (para más información sobre el contexto de la comunidad, vea sección de resultados).

Por otro lado, estudiosos como Hernández (2018), Willers (2017), Ríos (2015) y Delgado (2009), han abordado la migración desde diversos enfoques. Por ejemplo, al destacar el proceso migratorio a partir de un aspecto mayoritariamente conceptual y cuantitativo, donde además de recuperar información estadística, incluye rasgos políticos y sociales de las causas, consecuencias, vivencias y las opiniones de aquellos actores sociales que migran. No obstante, se identificaron ciertos vacíos de conocimiento en los que se ha perdido el significado, la imagen, las prácticas y la relación con la y el sujeto y su contexto, según la percepción que tienen otros grupos sobre lo que significa ser migrante. Por ese motivo, el estudio se enfoca en recuperar la voz de los actores sociales presentes en el entorno de las personas migrantes, ya que el Estado de México no se considera un lugar de tránsito y establecimiento migratorio.

En consecuencia, la investigación aborda tres principales aspectos. Primero, investiga una problemática social emergente con impacto mundial; luego, gracias a su elaboración se podrán retomar estudios comunitarios cuyas metodologías y técnicas fueron incorporadas en nuevos

escenarios virtuales de investigación, al adaptarse al contexto actual bajo línea de migración y la teoría de representaciones sociales; y por último, proporciona un diagnóstico social en espacios con presencia de personas migrantes, útil para proponer e impulsar estrategias de intervención en aras de mejorar su calidad de vida.

Por ello, el presente artículo se divide en cuatro apartados. En principio se expone el marco conceptual que presenta la base teórica de las representaciones sociales de Moscovici (1979). Una segunda parte aborda la metodología utilizada en contexto de pandemia por COVID-19, con el desarrollo e implantación de un cuestionario y guía de entrevista; también se explica la inserción en la comunidad desde el trabajo de campo virtual y los procedimientos de análisis e interpretación de resultados. El tercer apartado, retoma el contexto de la colonia Valle de Ecatepec, el perfil de las personas participantes y las dimensiones de información, campo de presentación y actitudes. Y el cuarto apartado, destaca la importancia de elaborar investigaciones encaminadas a las representaciones sociales en el ámbito migratorio.

2. Marco conceptual.

Debido a la diversidad y sus particularidades en distintos escenarios, el estudio y atención de la migración puede abordarse desde múltiples perspectivas teóricas y enfoques disciplinarios. En la presente investigación, con el fin de recuperar el sentido común de quienes se encuentran en el mismo contexto que las personas migrantes, se utilizó la teoría de las representaciones sociales porque permite analizar el objeto de estudio de la migración, en especial de las y los habitantes de la colonia Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes en tránsito y establecidas en la comunidad. A continuación, se engloban ciertas aproximaciones, dimensiones y funciones que permitieron el enfoque teórico.

Durante la década de 1960, Moscovici (1979) interesado en recuperar el sentido común, la realidad y el contexto de los sujetos, elaboró su tesis doctoral “El psicoanálisis, su imagen y su público”, en donde propone observar y estudiar el lenguaje de los individuos desde lo que saben, sus imágenes y valoraciones frente a situaciones que parecieran cotidianas desde el exterior. Lo anterior, influyó en retomar dicha teoría para el estudio de la migración en la comunidad Valle de Ecatepec. Moscovici (1979) señala que proporcionar una definición propia de las representaciones sociales incidiría en acotar su alcance e influiría en el objeto de estudio; no obstante, algunos estudiosos como Jodelet (1986), Banchs (1986) e Ibáñez (1988) propusieron algunas connotaciones al apuntar que son construcciones históricas que parten desde un sistema de valores, actitudes y significantes que incentivan expresiones y comportamientos en los sujetos dentro de su entorno, sentido común y cotidianidad.

2.1. Dimensiones de las representaciones sociales.

Moscovici explicó que las representaciones sociales están compuestas por un universo de opiniones delimitado por lo que piensan las y los sujetos y compuesto por las dimensiones de información, campo de representación y actitud. Retomar dichas dimensiones radicó en identificar la opinión, cómo representan y qué valoraciones tienen las

y los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes centroamericanas. A continuación, se detalla cada dimensión y su relevancia en la investigación.

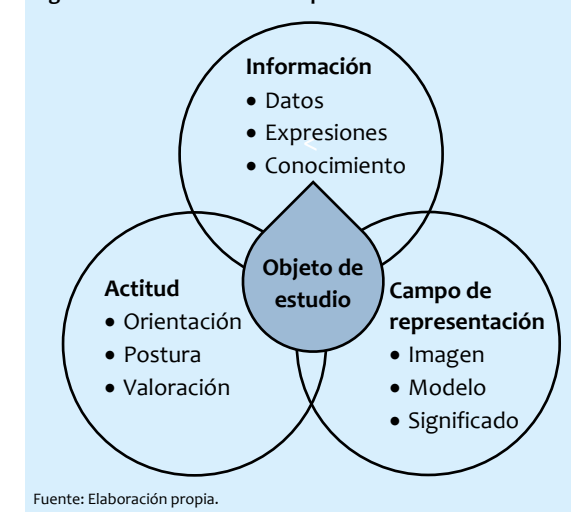
La dimensión de información se relaciona con “la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979, p. 45). Ésta permitió recuperar aspectos generales y comunitarios sobre cuanta información sabían las y los habitantes de la comunidad respecto a las personas migrantes; por lo que se incluyeron las siguientes preguntas en la investigación: ¿Qué se considera como un migrante?, ¿De qué lugar creen que son originarios?, ¿Cuáles son algunas de actividades que realizan?, entre otras.

Por su parte, la dimensión de campo de representación es la imagen o modelo social que refiere “a un aspecto preciso del objeto de representación (...), hay una unidad jerarquizada de los elementos” (Moscovici, 1979, p. 46). En la investigación, las preguntas se formularon en primera persona para recuperar puntos de vista sobre situaciones hipotéticas que incluyeran a personas migrantes; ¿Cómo te imaginas que te considerarían en la comunidad si fueras una persona migrante?, y también, se solicitó mencionar la imagen alrededor de la palabra migración.

En cuanto a la dimensión de actitud, Moscovici (1979) indicó que se encuentra en “la orientación global en relación con el objeto de presentación social” (p. 47). En este caso, se plantearon preguntas que aludían a la reacción de las y los participantes frente a situaciones específicas; mientras que, para identificar las valoraciones de los sujetos, se usó la escala Likert con nociones positivas, negativas y neutrales, pues “los sujetos responden indicando acuerdo o desacuerdo” (García et al., 2011, p. 3).

En síntesis, la dimensión de información permite recuperar datos, expresiones y conocimientos de las y los participantes; el campo de representación devela la imagen, el modelo y significado, y la dimensión de actitud muestra la orientación, postura y valoración sobre el objeto de representación (ver figura 1).

Figura 1. Dimensiones de las representaciones sociales.



Fuente: Elaboración propia.

Las dimensiones de las representaciones sociales no fueron jerarquizadas por Moscovici (1979), sin embargo, cuando se analizan, es preciso delimitar cuál es su función para desarrollar investigaciones que recuperen el sentido

común de las y los habitantes de la comunidad sobre las personas migrantes centroamericanas.

2.2. Funciones de las representaciones sociales.

Moscovici (1979) sugirió que entre las funciones de las representaciones sociales está la “elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (p.17). Dada su relevancia social, se consideraron tres de las cuatro funciones propuestas por Abric (2001):

1) *Función de saber.* Entender y explicar la realidad, en el caso de las personas habitantes de la colonia Valle de Ecatepec, se logró tener mayor referencia sobre lo que entienden y cómo explican su realidad cuando identificaron su sentido común y el desarrollo de sus relaciones sociales con las personas migrantes.

2) *Función de orientación.* Conduce los comportamientos y las prácticas, tras la relevancia del estudio del sentido común, la investigación recuperó la representación social y noción respecto a algunos de los posibles comportamientos de las y los habitantes de la colonia Valle de Ecatepec, quienes, desde el 2016 aproximadamente, han tenido contacto directo y/o indirecto con personas migrantes, en su mayoría de origen centroamericano.

3) *Función justificadora.* Permite justificar a posteriori las posturas y los comportamientos, con la argumentación de posturas de las y los sujetos, es posible identificar lo que han normalizado así como la influencia del contexto en la representación sobre la presencia de las personas migrantes en la comunidad Valle de Ecatepec.

Las funciones de las representaciones sociales amplían los enfoques y la visión de las y los habitantes de Valle de Ecatepec, lo cual contribuyó a la adopción de una metodología apropiada para conocer la opinión, develar la imagen e identificar las actitudes de las y los participantes alrededor de las personas migrantes de origen centroamericano.

3. Objetivos.

La investigación tuvo por objetivo general analizar las representaciones sociales de los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec respecto a las personas migrantes. Y como objetivos específicos conocer la información, develar la imagen e identificar las actitudes de los habitantes de la colonia Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes centroamericanas.

4. Metodología.

Para recuperar las representaciones de las y los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec se utilizó el método cualitativo. El contexto de la COVID-19 implicó la búsqueda de herramientas metodológicas e instrumentos como el cuestionario y la entrevista; la aplicación de estrategias de inserción al campo en un contexto de pandemia y un procedimiento específico para el tratamiento del discurso de las y los participantes que facilitarían la comprensión del escenario migratorio de personas migrantes establecidas en Valle de Ecatepec: una comunidad de la periferia de la Zona Metropolitana de México.

4.1. Tipo de método.

El desarrollo de la investigación fue bajo el método cualitativo, que contribuyó a identificar y recuperar, desde la teoría de las representaciones sociales, las opiniones, valoraciones y perspectivas (Abric, 2001; Banchs, 1986, 2000; Taylor y Bogdan, 1984). En el caso de la comunidad *Valle de Ecatepec*, los elementos de las representaciones sociales fueron: a) las personas migrantes, como el objeto de representación y b) los habitantes en cuanto sujetos de estudio. El contexto temporal implica los meses de julio de 2020 a enero de 2021, en la colonia *Valle de Ecatepec*.

4.2. Estrategias de inserción.

Debido a la COVID-19 se desarrollaron estrategias de inserción al campo de forma virtual a través de dos vías: por redes sociales de la comunidad *Valle de Ecatepec*, principalmente en grupos y páginas de *Facebook* identificados como los principales y de mayor interacción entre los colonos “Unidad Valle de Ecatepec” y “Colonia Valle de Ecatepec”; y con el uso de correo electrónico. Sin embargo, dichos medios de comunicación conllevaron a tener un acercamiento previo con el monitoreo constante del contenido compartido e incluso, tales espacios fueron considerados por los mismos usuarios como los de mayor interacción en la comunidad.

Cabe destacar que el estudio convocó a 45 personas participantes, todas ellas habitantes de *Valle de Ecatepec*, dado que, gracias al muestreo selectivo, se obtuvo la riqueza de datos provistos (Martínez, 2021), los cuales, resultaron útiles para la primera aproximación hacia las representaciones sociales sobre las personas en situación de movilidad y/o establecidas en la comunidad.

Según las particularidades del contexto y de las y los habitantes de *Valle de Ecatepec*, se empleó el método de recolección interrogativo (Abric, 2001), con la aplicación del cuestionario y la entrevista como complemento.

4.3. Instrumentos para la recolección de información.

El cuestionario, se diseñó de forma virtual con *Google Forms*, estuvo dividido en cuatro secciones: aviso de privacidad, que informaba a las personas participantes los fines de la investigación y la confidencialidad de sus datos; la segunda reunía las condiciones de reproducción de las representaciones sociales, es decir, datos generales como sexo, edad, grado de estudios, etc.; en el tercer apartado, se integraron algunos elementos respecto a las dimensiones de información, imagen y actitud; y, por último, la sección que recolectó correos electrónicos para que quiénes tuvieran mayor interés en la investigación participaran en una entrevista.

Previo a la difusión del instrumento de recolección de información, se realizó una prueba piloto con habitantes del municipio de San Vicente Chicoloapan, Estado de México, localidad con características similares a las del *Valle de Ecatepec*. Dicho sondeo posibilitó la modificación de algunos planteamientos del cuestionario como la inclusión de un aviso de privacidad, especificaciones en las instrucciones e inclusión de respuestas en las preguntas. Una vez obtenidos los resultados del cuestionario, que fue el primer acercamiento a la población para recuperar elementos sociodemográficos, opiniones y valoraciones

que permitieron el diseño de las preguntas que conformarían la guía de entrevista que estuvo compuesta por tres preguntas abiertas, que retomaron las dimensiones de información y actitud, así como la selección de las y los participantes para las entrevistas, donde se profundizó en sus ideas, opiniones y conocimientos sobre las personas migrantes centroamericanas. Ambos instrumentos fueron complementarios, si bien el cuestionario tradicionalmente ha sido utilizado en investigaciones de corte cuantitativo, no es la técnica en sí misma la que define la orientación, sino el/la investigador/a con base en los fines y alcances del estudio.

En el caso de la entrevista, tras contar con la previa autorización de las personas participantes, se grabó su testimonio. Posterior a la transcripción de entrevistas, se recuperaron las categorías de análisis con base en las tres dimensiones de las representaciones sociales. Por último, se diseñó una matriz con dichas categorías organizadas con base en el discurso y los comentarios de la investigadora.

5. Resultados.

Los resultados obtenidos en la investigación presentan una aproximación de las representaciones de las y los habitantes de la comunidad *Valle de Ecatepec* respecto a las personas migrantes centroamericanas. Tal apartado está compuesto de los elementos de las representaciones sociales: contexto, sujeto y objeto de estudio, es decir, contexto de la colonia *Valle de Ecatepec*, el perfil de las personas participantes y las dimensiones de representaciones sociales: opinión, imagen y actitud respecto a las personas migrantes centroamericanas.

5.1. Contexto de la comunidad.

El primer elemento de las representaciones sociales que se abordó fue el contexto, que proporcionó un mayor panorama sobre las características de la colonia *Valle de Ecatepec*. La comunidad está delimitada al norte por la Avenida Sosa Texcoco; al sur por el canal de la Draga; al este por la Av. Fresno y colinda entre la Av. Trueno y José María Morelos. Se identifica porque gran parte de las viviendas son unidades habitacionales. Entre sus vías más transitadas se encuentran las avenidas Pino, Trueno y Fresno, etc. Las principales vías en donde predomina el tránsito de personas migrantes fueron: Trueno, Abeto, Fresno, 4to de Fresno, Cedro, 1ro de Cedro, Encino, 1er de Pino y Ahuehuate.

Gracias al trabajo de campo presencial, virtual y a las notas del diario de campo, se determinó que la comunidad tiene servicios públicos como agua, luz y drenaje. Entre sus instituciones públicas, cuenta con una Organización de la Sociedad Civil llamada “Instituto Superior Nuestra Señora de la Encarnación Pro-Niñez Huérfana y Desamparada A.C.”, lugar que, según el testimonio de las personas entrevistadas y sondeos comunitarios, se reconocía como el albergue a donde llegaban las personas migrantes en tránsito; sin embargo, durante 2020 y 2021 fue clausurado. En cuanto a centros de recreación, se encuentra el “Parque Valle Bonito” y la Avenida Pino, sitios que, con base en la información de los habitantes fue considerado desde el 2016 como un refugio temporal por las personas migrantes; no obstan-

te, decidieron establecerse y así convirtieron un lugar de paso, a un espacio comunitario para aquellos que decían quedarse por un tiempo establecido o ilimitado.

Se distinguió que la mayor parte de las actividades económicas de las personas migrantes se basaba en el comercio informal y por la recaudación de dinero en las principales avenidas de tránsito vial. Tanto la actividad económica como el establecimiento de las personas migrantes en espacios públicos y en viviendas particulares de la comunidad, reconfiguraron la dinámica del lugar, ya que las y los habitantes de *Valle de Ecatepec* manifestaron que en algún momento mantuvieron contacto directo o indirecto con dicha población. Sin embargo, se requirió conocer el perfil de las y los sujetos que participaron en la investigación, con el propósito de tener un mejor panorama y entender el por qué de algunos resultados de las dimensiones.

5.2. Perfil de las y los habitantes de la comunidad.

Los instrumentos de investigación se aplicaron a cuarenta y cinco personas; de las cuales más de la mitad fueron mujeres y sólo quince, hombres. Es probable que la participación de ellas, en mayor medida sea por dos motivos: son la población que predomina en los grupos de la comunidad, o porque se interesaron más en los temas referentes a la misma y la migración. Que la participación de los hombres haya sido menor lleva a sugerir la implementación de estrategias que incentiven su interés en el ámbito de la comunidad.

En el perfil de las y los habitantes de *Valle de Ecatepec*, se identificó que la mayoría de las personas tenía entre 18 y 35 años, quienes presentaron mayor interés en participar en temas relacionados con la migración, lo cual concuerda con estudios internacionales, en los que se ha descrito que “las personas más jóvenes suelen tener actitudes más positivas hacia los recién llegados” (Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2015, s/p). Esta situación representa un área de oportunidad; permitiría que, en proyectos de inclusión comunitaria, las personas participantes se sientan parte de lo que ocurre dentro de su cotidianidad, en este caso, con personas migrantes bajo el contexto comunitario. A continuación, se procederá al análisis de los resultados obtenidos sobre las dimensiones de información, campo de representación y actitud, todas ellas dimensiones de las representaciones sociales de Moscovici (1979).

5.3. Dimensión de información: “están aquí por necesidad”.

Autores como Aja et al. (2012), mencionaron la importancia de abordar a los actores sociales con interacción directa o indirecta con el objeto de estudio. En la dimensión de información, el contacto cotidiano de las y los sujetos con el objeto de estudio permitió conocer qué saben los habitantes de la comunidad *Valle de Ecatepec* sobre las personas migrantes centroamericanas. En primera instancia, las personas participantes definieron la migración como una acción de una persona o un colectivo hacia otro espacio, e incluso, que la decisión de migrar se debe a diversos factores en su lugar de origen, principalmente, razones económicas, de seguridad y la constante búsqueda de una mejor calidad de vida. Dicha opinión va de la mano con la imagen de las personas mi-

grantes, pues como se mencionó en la metodología, derivado de las preguntas asociativas, siete de las personas participantes relacionaron esa percepción con el término viajar, al provenir de otro país; mencionaron también la palabra “huir”, y hablaron en primera persona al considerar que ayudarían a la persona migrante en caso de “que pueda, que esté pasando por un muy mal momento y que necesita ayuda” (Abeto_11-24).

En cuanto a las razones del por qué una persona migra, la mayor parte de las y los participantes (31) refirió que es con el propósito de mejorar su situación económica: “yo opino que son personas que están en busca, pues sí, de mejores oportunidades tanto económicamente, como para tener un hogar” (Abeto_-1). Y también por cuestiones de inseguridad experimentadas en su país de origen. Por otro lado, al cuestionarles puntualmente sobre las personas migrantes que se encuentran en su comunidad, más de la mitad de los habitantes (24) expresaron que su presencia en *Valle de Ecatepec* se debe a que desean mejorar su situación económica o trabajar. Dentro de las afirmaciones, explicaron que su finalidad reside en tener un lugar donde vivir y por motivos económicos; algunos consideraron que su estadía en la comunidad fue porque “... es gente que busca la economía al adquirir una vivienda” (Ceiba_25-40) y “trabajan para tener dinero y seguir migrando al país deseado” (Abeto_25-40). Es decir, piensan que las personas migrantes solo están de paso en la comunidad, aunque su presencia y establecimiento en *Valle de Ecatepec* no les incomodaría, siempre y cuando “no se metan con nadie de la comunidad” (Nimbe_A33).

Con dichas expresiones, las y los habitantes de la colonia manifiestan su conciencia sobre el proceso migratorio de la población en situación de movilidad, la cual se inicia en su país de origen, continúa durante su tránsito migratorio y finaliza al establecerse en el lugar de llegada. En ese sentido, opinaron que la búsqueda de una mejor calidad de vida para las personas migrantes radica en satisfacer sus necesidades económicas, de vivienda, educación, etc. en su país de origen, por ejemplo: “... les faltan buenos servicios de educación, centros de salud eficientes, hay seguridad nula, contaminación” (S/N_25-40).

Al indicar que las personas migran por necesidad y para mejorar sus condiciones de vida, las y los habitantes participantes afirmaron que las personas migrantes se ven obligadas a pedir dinero en las vías públicas y a realizar actividades económicas; además, los reconocen como migrantes centroamericanos por sus características físicas.

5.4. Dimensión de campo de representación: rasgos físicos.

En correspondencia a la imagen de la persona migrante, los entrevistados hicieron algunas connotaciones sobre sus rasgos físicos, por ejemplo: “Hay personas (que por ejemplo a los migrantes se les nota, tienen rasgos diferentes al de los nuestros) y hay otros que sí, de plano están igual de paisas que yo (risas)” (Nimbe_A33); y “Llegaron unos migrantes, la verdad no sé de qué país sean, como personas (con rasgos, características muy diferentes a lo que estamos acostumbrados a ver)...” (Flor_A27).

Dichos términos sugieren que la desigualdad estructural

afecta a amplios sectores sociales. En el caso de las personas migrantes, su vulnerabilidad se acentúa al salir de su país de origen, durante su tránsito y en el lugar de llegada o destino, e incluso se ha considerado que la “categoría social desde la discriminación que ha desplazado al sujeto migrante precarizado a la condición de “inmigrante”, como una representación social determinada por su corporalidad” (Fernández y Herrera, 2017, p. 73 y 74).

El hecho de nombrar “migrante” al otro, e incluso de reconocerlo por sus características fenotípicas, evoca “una representación con dotes de estigma, sesgos discriminatorios o prejuicios” (García, 2021, p.106), por lo que dentro de la dimensión de campo de representación se plantean los estereotipos. Éstos pueden tener alguna connotación contraria a aquello que se acepta en términos jurídicos y sociales, e incluso el papel del Estado y su “condición migratoria” son determinantes para la representación de su imagen.

Cabe resaltar que durante las entrevistas se reflejaron términos que, desde la perspectiva de los participantes, tienen influencia con los recursos económicos, tanto de las personas migrantes, como de algunos habitantes de la comunidad, por ejemplo:

Yo en alguna ocasión platiqué con una persona que vivía por ahí y si se dirigió muy feo a ellos, por la cuestión de la que señora es un poquito pedante, entonces pues del hecho, del trabajo que tenía, del sueldo que tenía, los veía, así como mugrosos, entonces sí hubo como comentarios de ese tipo de personas, pero pues hasta ahí, digo, no podían hacer nada, tampoco podían correrlos... (Karla_A29)

Con la expresión “mugrosos”, se resaltó que al migrar por razones económicas y de manera irregular, la imagen del migrante alude a personas de escasos recursos e inferiores a aquéllos con mayores ingresos; de allí que la persona en situación de movilidad no sólo sea considerada como ajena a la comunidad, sino que sus recursos económicos sean claves para delimitar su representación.

5.5. Dimensión de actitud: sesgos discriminatorios.

Los estereotipos y sesgos discriminatorios van ligados con la dimensión de actitud, en donde se identificaron valoraciones neutrales en el planteamiento de situaciones hipotéticas como: a) “en caso de que un migrante me pida ayuda, decido apoyarlo”, más de la mitad de las personas participantes (26), respondió que lo haría. Sin embargo, al cuestionar si en algún momento necesitará ayuda de alguien más, contestaron que preferirían pedir el apoyo a un vecino que a un migrante, y, solo algunos, dijeron que no estaban ni de acuerdo, ni en desacuerdo. Lo mismo ocurrió con las respuestas de la proposición: “no hay diferencias entre los vecinos y los migrantes”, pues casi la mitad replicó tener una actitud neutra, seguido de los que estaban de acuerdo.

Lo anterior puede dar pie a la normalización de la estadia de las personas migrantes dentro de la comunidad o a la indiferencia hacia ellos ante situaciones cotidianas. En las entrevistas se encontró que las personas participantes mostraron empatía o solidaridad con los migrantes, siempre y cuando éstos no fueran causantes de conflictos en la comunidad y/o que transgredieran sus derechos o relaciones de convivencia.

Por otro lado, las personas participantes coincidieron que gran parte de los colonos de Valle de Ecatepec han externado actitudes de indiferencia encaminadas a la xenofobia, aporofobia y discriminación; principalmente, por lo que se sabe de ellos: su condición migratoria, la forma como llegaron y se establecieron, la falta de recursos económicos, por sus características físicas y el estereotipo de migrante.

En torno a estas últimas, algunos habitantes señalaron la influencia de la imagen y el modo de vivienda, según las cuales se rescataron subcategorías de las personas migrantes de Valle de Ecatepec: la primera, referente a quienes habitaban en el albergue de la comunidad o que son ubicados por su presencia en las vías públicas; y la segunda, sobre los residentes en las unidades habitacionales de la comunidad, y mediante la construcción de sus propias viviendas, principalmente detrás de la Avenida Pino, a los cuales se les identificó como “invasores”:

...al momento en que fueron a (invadir la parte de atrás del terreno), yo no sabía del albergue hasta después, yo lo primero que vi, pues fue lo que tuve cerca, fue así una noche llegaron y se metieron, rompieron rejas y empezaron a construir poco a poco, pero pues ya, se establecieron ahí, pero siento que fue rápido porque, por ejemplo, los niños, no todos, pero bastantes de los niños que llegaron ahí, pues van en las escuelas de ahí mismo, (...) entonces como que se acoplaron a estar ahí. (Flor_A27)

Lo anterior demostró que, en la comunidad, la forma en cómo se establecieron las personas migrantes influyó en la imagen que se tuvo de ellos, principalmente de quienes viven en los alrededores.

La connotación de “invasores” puede denotar actitudes de xenofobia, la cual “es el conjunto de actitudes, prejuicios y comportamientos que entrañan el rechazo, la exclusión y, a menudo, la denigración de personas por ser percibidas como extranjeras o ajenas a la comunidad, a la sociedad o a la identidad nacional” (OIM, 2020, s/p), y su estigmatización “dificulta y limita la forma en cómo éstos se insertan en sociedades de recepción (...) el extraño se ve como la causa de los males de la sociedad” (Lara, 2008, p. 169).

En definitiva, como parte de las dimensiones de las representaciones sociales (ver figura 2) se rescató que los habitantes de la comunidad consideraron que la mayor parte de las personas migrantes obtienen sus ingresos gracias a la solicitud de dinero en las vías públicas y por realizar actividades económicas informales, además que su lugar de procedencia es del Norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador). Respecto al campo de representación, se identificaba a las personas en situación de movilidad por sus rasgos fenotípicos, su lugar de origen y la forma de establecerse; y en actitud, se acentuaron las percepciones por la vulnerabilidad en el lugar de destino o llegada, e incluso la actitud de indiferencia podría fomentar valoraciones, estereotipos, discriminación y rechazo hacia los mismos.

Con base en lo anterior, la dimensión de información indica que las y los habitantes identifican a las personas migrantes por su posible origen y las razones por las cuales se movilizan. En el caso de la imagen, reconocen a las personas migrantes por sus rasgos físicos y modo de es-

tablecerse en la comunidad al considerarlos “invasores” o “migrantes”; mientras que en la dimensión de actitud se develó la apatía e indiferencia ante las personas en situación de movilidad, y solo empatía siempre y cuando no generaran conflictos en la comunidad. En los resultados de la investigación se observan elementos importantes que permiten identificar la forma como se entienden las representaciones sociales desde la dimensión de información, campo de representación y actitud de las y los sujetos participantes.

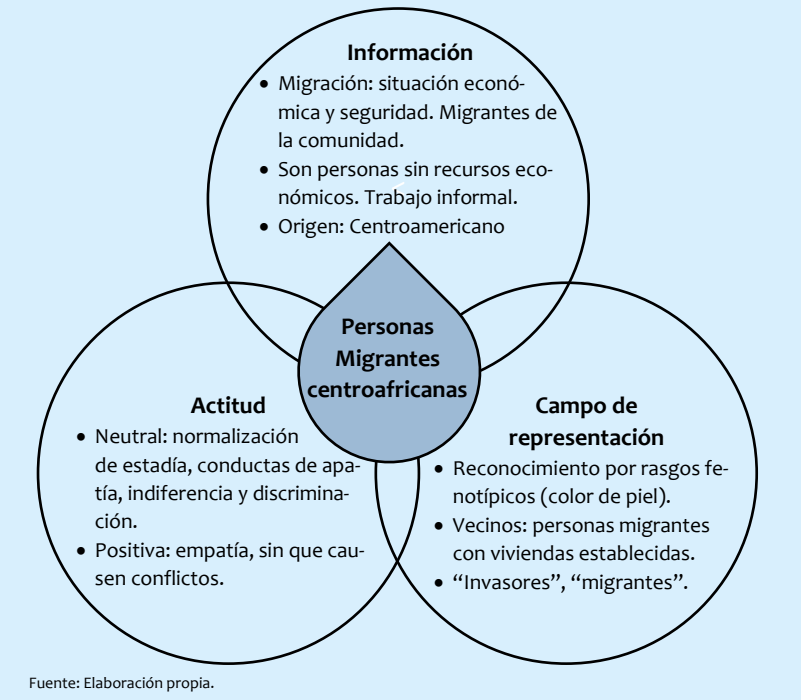
6. Conclusiones.

La migración es un objeto de estudio para el Trabajo Social al ser un fenómeno que ha cambiado su configuración en los últimos años (Lacomba, 2020). Las problemáticas sociales derivadas de este movimiento según el contexto presentan particularidades y similitudes que influyen en las interacciones y en el sentido común de las y los sujetos sociales. Como se ha documentado, la mayoría de las personas que deciden migrar presentan altas vulneraciones hacia sus derechos humanos, por tanto, algunas acciones que despliega esta profesión pueden estar encaminadas a la restitución de los derechos humanos, la integración en programas sociales del gobierno, así como a promover la no discriminación hacia este grupo en las comunidades a partir del conocimiento de sus costumbres, cultura e ideología.

Por tanto, un estudio de representaciones sociales de las y los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes, sirve como un diagnóstico que permite identificar cuáles son las acciones que el Trabajo Social debería desarrollar para enfrentar esta problemática a partir del diseño de propuestas de intervención. Sobre todo porque las representaciones sociales no se construyen individualmente sino de forma colectiva. Es decir, la forma en que las personas migrantes llegaron a la comunidad, su establecimiento en un espacio público o en viviendas privadas, las actividades económicas que realizan, si su estadia será temporal o deciden continuar en su trayecto de movilidad; influye en el sentido común de quienes habitan en la comunidad.

Desde el estudio de las representaciones sociales, la migración se puede abordar en distintos momentos del proceso de movilidad, por ejemplo desde el lugar de origen y las causas de la migración interrelacionadas entre sí, pues de acuerdo con la OIM (2018), quienes salen de su país, migran porque consideran que obtendrán mejores oportunidades para sus futuras generaciones. Sin embargo, su salida también ha supuesto que, derivado del contexto de seguridad latinoamericana, se enfrenten a diversos tipos de violencia que los obliga a migrar. Dicha situación también se puede realizar por decisión propia, de forma planeada o por instancias gubernamentales, además que, en relación con el tránsito migratorio, según su condición o forma de trasladarse de un país a otro, influye en las representaciones sociales sobre él o la migrante. Si su movilidad es de forma irregular, es probable que el riesgo y los sesgos de discriminación sean mayores en comparación con la migración regular, principalmente porque en la primera se pueden violar sus derechos humanos y quizá su inserción en la comunidad sea más complicada; mientras que en el lugar de llegada y/o

Figura 2. Representaciones sociales de los habitantes de Valle de Ecatepec, respecto a las personas migrantes centroamericanas.



destino, las personas migrantes se tienen que enfrentar a las adaptaciones culturales, a sesgos discriminatorios y actitudes que, de alguna forma directa o indirecta, les violenta. En ese sentido, la permanencia y el tránsito de las personas migrantes en espacios comunitarios aumenta su vulnerabilidad, al enfrentarse a múltiples formas de discriminación (Stalker, 1994). Dicha vulnerabilidad abre un espacio de estudio, sin embargo, esta investigación quiso llegar más allá de lo que se considerara perceptible, dado que, mediante las representaciones sociales y las dimensiones de información, campo de representación y actitud se recuperó el sentido común de quienes conviven de forma directa o indirecta con las personas migrantes. Asimismo, a partir del estudio desarrollado, se identificó que el fenómeno migratorio en México cada día va en crecimiento, pues las dinámicas migratorias son cambiantes y las comunidades consideradas como de tránsito, ahora se han reconfigurado y convertido en posibles lugares de llegada.

En México persisten conductas discriminatorias y prácticas de exclusión en el acceso y disfrute de derechos de diversos grupos sociales. La población migrante se ha considerado como un grupo históricamente excluido, al encontrarse en estado de predisposición a que sus derechos humanos sean vulnerados y se expongan a condiciones de violencia, abusos y discriminación estructural (por parte de funcionarios de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal); la violencia de grupos criminales, entre otras, en su lugar de origen, durante su tránsito migratorio y/o en el lugar de llegada.

En el ámbito migratorio, se debe enfatizar en que la discriminación estructural, histórica y sistemática se manifiesta en las prácticas de exclusión que niegan y restringen los derechos humanos de las personas y los grupos históricamente discriminados. De allí, la urgencia de impulsar estudios que permitan recuperar el pensamiento del

sentido común y que, gracias a la construcción metodológica basada en las representaciones sociales, dotarán de herramientas e instrumentos como el cuestionario y la guía de entrevista, para abrir paso a una forma de investigar poco referida, pero que en la actualidad se ha convertido en una constante para estudiar el tema de la migración y otros fenómenos sociales implícitos en la cotidianidad. Además, se rescata la incorporación de la tecnología como un área de oportunidad para el estudio de las representaciones sociales y como un nuevo escenario de investigación para las Ciencias Sociales.

Esta investigación puede ser tomada como referencia para estudiar otras comunidades del país, receptoras de población migrante o con presencia de fenómenos sociales, y que, tras sus resultados, planteen diversas líneas de investigación, por ejemplo: el estudio sobre las representaciones sociales de la población migrante en torno a las comunidades, implicaciones de los flujos migratorios, efectos sociales del establecimiento de personas en situación de movilidad, entre otros. Lo ideal es que esas líneas de investigación retomen el tema de la migración y de las representaciones sociales como eje central.

Agradecimientos.

A las y los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec por su participación en el estudio.

7. Bibliografía.

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán. https://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_So%20sociales_y_Representaciones
- Aja, E., Arango, J. y Alonso, J. (2011). *La hora de la integración*. Anuario de Inmigración en España 2011. CIDOB, Diputació de Barcelona y Fundación Ortega-Marañón. https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie_de_publicacion/anuario_cidob_de_la_inmigracion/la_hora_de_la_integracion_anuario_de_inmigracion_en_espana_2011_edicion_2012
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Papers in Social Representations*, 9, 3-1. http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de Psicología*, 8(9), 27 – 40. <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>
- Delgado, M. (2009). *Representación Social de la Ciudad en migrantes campesinos: estudio de casos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. <http://132.248.9.195/ptd2009/junio/0643846/Index.html>
- Fernández, B. y Herrera, C. (2017). *Inmigrantes y comunidades nacionales en contextos de neoliberalismo: la experiencia de la organización Fuerza Inmigrante en Chile*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/147352/Inmigrantes-y-comunidades-nacionales-en-contextos-de-neoliberalismo.pdf>
- García, J., Aguilera, R., y Castillo, A. (2011, enero - junio). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*, 8(16), 1-13. <https://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/pdf/garcia-aguilera-castillo-guia-construccion-escalas-actitud.pdf>
- García, Z. (2021). *Representaciones sociales de los habitantes de la comunidad Valle de Ecatepec sobre las personas migrantes centroamericanas*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. <http://132.248.9.195/ptd2021/septiembre/0814660/Index.html>
- Hernández, J. (2018). *El análisis de la migración infantil no acompañada centroamericana. Transgresión a sus derechos humanos en tránsito por México 2008-2015*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0772758/0772758.pdf>
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales: Teoría y métodos. En Ibáñez, T. (comp.) *Ideologías de la vida cotidiana*. Editorial Sendai.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (junio de 2020). *Mapa: Valle de Ecatepec, Ecatepec de Morelos, México*. <https://maps.google.com/?q=Valle+de+Ecatepec%2C+Ecatepec+de+Morelos%2C+M%C3%A9x.&ftid=ox85d1fo25669efffb:ox-765974c18494741a&entry=gps>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. (aut.) *Psicología social*. Vol. II. Editorial Paidós.
- Lacomba, J. (2020). Una revisión del Trabajo Social con migrantes y refugiados. Construyendo nuevas bases teóricas y metodológicas. *Ehquidad. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 14, 293-332. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2020.0020>
- Lara, A. (2008). Perspectivas de seguridad de las migraciones internacionales: una propuesta para enfrentarlas. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 3(1), 149 -186. <https://www.redalyc.org/pdf/927/92730106.pdf>
- Martínez, P.D. (2021). Miradas sobre la actividad profesional de los trabajadores sociales: ayuda, asignación socioeconómica y empatía. *Cultura y Representaciones Sociales*, 15(30), 107-139. <https://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/905/pdf>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Colección Hemul.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2015). *¿Cómo percibe el mundo la migración?* <https://www.iom.int/es/news/como-percibe-el-mundo-la-migracion-resultados-de-un-nuevo-informe-de-la-oim/gallup>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*. OIM. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), (2020). *Términos fundamentales sobre migración*. OIM. <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
- Ríos, A. (2015). *In Ñijme. Representaciones Sociales en torno a la migración*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. <http://132.248.9.195/ptd2015/abril/0727875/Index.html>
- Stalker, P. (1994). (Ed.). *Trabajando juntos. The work of stranger. ¿Por qué migra la gente?* Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Taylor, S. y Bogdan R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Willers, S. (2017). *Migración transnacional, género y violencia: Mujeres centroamericanas en tránsito por México*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM]. <http://132.248.9.195/ptd2017/noviembre/0767332/Index.html>



Nuevas tendencias en metodologías docentes: la gamificación en el Grado de Trabajo Social.

Noves tendències en metodologies docents: la ludificació en el Grau de Treball Social.

New trends in teaching methodologies: gamification in the Degree of Social Work.

Fidely Polanco Grullón¹

Resumen

Una de las consecuencias de la COVID-19 ha sido provocar que los/las docentes de la Educación Superior hayan tenido que mejorar e incluso adaptar las metodologías utilizadas desde siempre, es decir, la docencia considerada como magistral. Todo esto con el fin de renovarse y adaptarse al nuevo panorama y a lo que todo ello conlleva. La nueva incorporación de estos procesos y herramientas relacionadas con el uso de la tecnología, buscan que, a través de la innovación docente, el alumnado se sienta más motivado y pueda adquirir un mayor aprendizaje. Por ello, con este artículo se pretende reflexionar sobre los beneficios del uso de la gamificación como técnica de enseñanza-aprendizaje en el contexto universitario. Así como también su uso como complemento a los recursos a disposición del/la docente universitario/a, en el que se busque favorecer desarrollar y adquirir de forma óptima las competencias del alumnado del Grado en Trabajo Social. Para ello, se ha realizado una revisión de la literatura científica de fuentes primarias y secundarias desde una metodología cualitativa, en concreto desde la hermenéutica crítica, sobre la técnica de la gamificación en el área de Trabajo Social. Los resultados iniciales señalan que la impartición de la docencia en la Educación Superior se ha visto transformada debido a la COVID-19. Los/las docentes han tenido que ver la necesidad y la importancia del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en su día a día en el aula.

Palabras clave: Trabajo Social, docencia, gamificación, COVID-19.

Resum

Una de les conseqüències de la COVID-19 ha estat provocar que els/les docents de l'Educació Superior hagin hagut de millorar i fins i tot adaptar les metodologies utilitzades des de sempre, és a dir, la docència considerada com a magistral. Tot això amb la finalitat de renovar-se i adaptar-se al nou panorama i al que tot això comporta. La nova incorporació d'aquests processos i eines relacionades amb l'ús de la tecnologia, busquen que, a través de la innovació dels docents, l'alumnat se senti més motivat i pugui adquirir un major aprenentatge. Per això, amb aquest article es pretén reflexionar sobre els beneficis de l'ús de la ludificació com a tècnica d'ensenyament-aprenentatge en el context universitari. Així com també el seu ús com a complement als recursos a la disposició del docent universitari, en el qual es busqui afavorir desenvolupar i adquirir de manera òptima les competències de l'alumnat del Grau en Treball Social. Per a això, s'ha realitzat una revisió de la literatura científica de fonts primàries i secundàries des d'una metodologia qualitativa, en concret des de l'hermenèutica crítica, sobre la tècnica de la ludificació en l'àrea de Treball Social. Els resultats inicials assenyalen que la impartició de la docència en l'Educació Superior s'ha vist transformada a causa de la COVID-19. Els/les docents han hagut de veure la necessitat i la importància de l'ús de les Tecnologies de la informació i la Comunicació (TIC) en el seu dia a dia a l'aula.

Paraules clau: Treball Social, docència, ludificació, COVID-19.

Abstract

One of the consequences of COVID-19 has been causing Higher Education teachers to have to improve and even adapt the methodologies that have always been used, that is, teaching considered masterful. All this in order to renew and adapt to the new panorama and what all this entails. The new incorporation of these processes and tools related to the use of technology, seeks that, through the innovation of teachers, students feel more motivated and can acquire greater learning. For this reason, this article intends to reflect on the benefits of using gamification as a teaching-learning technique in the university context. As well as its use as a complement to the resources available to the university professor, in which it seeks to promote the development and optimal acquisition of the skills of the students of the Degree in Social Work. For this, a review of the scientific literature of primary and secondary sources has been carried out from a qualitative methodology, specifically from critical hermeneutics, on the technique of gamification in the area of Social Work. The initial results indicate that the delivery of teaching in Higher Education has been transformed due to COVID-19. Teachers have had to see the need and importance of the use of Information and Communication Technologies (ICT) in their day to day in the classroom.

Keywords: Social Work, teaching, gamification, COVID-19.

Polanco Grullón, F. (2023). Nuevas tendencias en metodologías docentes: la gamificación en el Grado de Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 104-109. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40474>

ACEPTADO: 07/01/2023

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Universitat de València.

✉ Fidely Polanco Grullón.
fideepolanco24@gmail.com

1. Introducción.

La Educación Superior en España es considerada como el último nivel del sistema educativo del proceso de aprendizaje que se sostiene por un modelo de enseñanza público, privado y bidireccional. En este mismo nivel se dan a conocer un abanico de diversos estudios de grado y posgrado (Eurydice, 2022). Estas modalidades se llevan a cabo a través de un enfoque pedagógico legítimo y relacionado de forma directa con lo que establece el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) en relación a las competencias curriculares. Dicha aceptación de competencias generales y específicas pueden influir en el proceso de transmisión de los conocimientos como también en su evaluación. No obstante, es necesario, además, tener en cuenta el rol que ha de desempeñar el/la docente y el alumnado (Bolívar, 2008). El modelo clásico deductivo de aprendizaje se sigue manteniendo en el marco competencial, a pesar de que puede contribuir negativamente en la productividad académica del alumnado y en el rendimiento que se pretende conseguir. Esto puede ser debido a las posibles necesidades del profesorado respecto a la actualización didáctica y psicopedagógica; así como también a las relacionadas con sus conocimientos científico-técnicos (Casal-Otero et al., 2022). Esta situación provoca que surja un nuevo planteamiento académico, pese al enfoque tradicional actual, donde se buscan ciertas habilidades alternativas de aprendizaje que vuelvan a situar al alumnado y le ayude a encontrar su posicionamiento en el espacio académico. Prieto et al. (2014) exponen las disimilitudes entre el modelo clásico de aprendizaje en Educación Superior relacionados con modelos innovadores en los que se busca poner en primer plano el juego y las tecnologías (ver Tabla 1). Cabe destacar que una de las técnicas que surge con la finalidad de mejorar el rendimiento académico y la correcta adquisición de los conocimientos por parte del alumnado es la gamificación. Se entiende por gamificación una serie

de dinámicas o técnicas relacionadas con el juego, pero llevada a otros contextos diferentes, fomentando la participación y el pensamiento lúdico a través del juego en combinación con las nuevas tecnologías. Sus características se vinculan con la interacción, objetivos, estética y niveles del juego. Así, en ella se promueve y requiere captar la atención del estudiantado y la estimulación de su participación, buscar un reto a lograr, ser llamativa y asignar niveles que den respuesta a la variedad (Blanco, 2015).

A partir de esta situación inicial, la importancia de mejorar el conocimiento del problema social y académico que se presenta a través de información objetiva publicada en diversos artículos científicos como en Alejalde y García (2015) y Villalustre y Del Moral (2015), se puede considerar como mecanismo que permita la mejora de los procesos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. Más en concreto en el Grado de Trabajo Social, debido a que pueden considerarse como esenciales para hacer frente a dicha problemática con la finalidad de dar a conocer de forma óptima esta nueva tendencia metodológica en la docencia universitaria.

Por este motivo, en este estudio se propone seguir con la realización de trabajos que favorezcan conseguir un adecuado acercamiento a la realidad que nos ocupa e incrementar la perspicacia de la magnitud que puede tener y su extensión para ubicar de forma más eficiente esta innovación docente en momentos que la docencia lo requiera (Díaz y Gómez-Estern, 2022; Cabero-Almenara et al., 2021).

2. Objetivos.

El objetivo general de este estudio es reflexionar sobre el uso de la gamificación en el Grado de Trabajo Social a raíz de la situación generada por la COVID-19 para determinar en qué modo ha afectado a la docencia en este mismo Grado. En cuanto a los objetivos específicos se establece como tales determinar el concepto de gamificación y sus características como herramienta innovadora en el proceso de enseñanza-aprendizaje para el Grado de Trabajo Social y proponer la gamificación como respuesta a las vicisitudes docentes surgidas durante la pandemia COVID-19 en la Educación Superior.

3. Metodología.

Para ello se ha realizado a través de una metodología cualitativa, un estudio descriptivo a partir de una revisión de artículos científicos relacionados con la gamificación que sirve para motivar al/la docente del Grado de Trabajo Social a la utilización de esta metodología en clase y como base para próximos estudios. Esta revisión y análisis se lleva a cabo desde la perspectiva de la hermenéutica crítica.

4. Conceptualización.

Previo al análisis de la cuestión, se realiza la conceptualización de la transmisión de los conocimientos en el Trabajo Social y la terminología de la gamificación y sus características, con la finalidad de que permita valorar el estado de la cuestión y ayude a centrar el objeto de análisis.

4.1. La transmisión de conocimientos en Trabajo Social.

El Trabajo Social puede entenderse como una profesión en la que, para aumentar el bienestar, se busca generar un cambio social, solucionar las problemáticas derivadas de las relaciones humanas, liberar y fortalecer a las personas. Todo ello a través de la búsqueda de teorías relacionadas con el comportamiento humano y los sistemas sociales con el único fin de que desde la profesión se intervenga en los momentos en los que las personas interactúen con su entorno. Para el ejercicio de la profesión, los derechos humanos y la justicia social son principios relevantes para la misma (Federación Internacional de Trabajadores Sociales -FITS, 2000).

Con ello, se ha intentado responder a la diversidad del Trabajo Social en los distintos contextos internacionales en los que se desenvuelve como disciplina y como profesión, encontrándose como implícita la voluntad racionalizada y consciente de influenciar a los/las futuros/as trabajadores/as sociales como agentes que intervienen en el cambio de la sociedad y las situaciones de vulnerabilidad o de riesgo social en la vida de las personas, grupos y comunidades con el fin de producir por su autonomía, bienestar y dignidad. Es decir, el Trabajo Social compuesto por la disciplina (conjunto de saberes y discursos para las transformaciones sociales) y como profesión (conjunto de prácticas sociales).

La misión del Trabajo Social puede adquirir distintas formas y expresiones que buscan responder a las exigencias de hacer una aproximación de las necesidades de los países con las culturas de sus poblaciones. Teniendo en cuenta esta perspectiva, se entiende como universal el Trabajo Social que trasciende los nexos comunes e importantes en la teoría y la práctica, puestas en marchas en diferentes contextos. No obstante, partiendo de la diversidad de formas en las que se puede desarrollar el Trabajo Social, así como también el cómo definirlo, practicarlo, teorizarlo y ubicarlo, Lorenz (2001) hace una división entre tres dimensiones consideradas como importantes: la relación con el Estado, el grado de profesionalización y el estatus académico.

Para comprender la transferencia del conocimiento de la disciplina del Trabajo Social hay que tener en cuenta la relevancia de los cambios sociales a través de transformaciones importantes en los ámbitos económicos y sociopolíticos, la necesidad de analizar las políticas públicas que persiguen las mejoras en la calidad de vida de las personas, la emergencia de problemáticas que afectan a la sociedad, entre otras; que configuran la transmisión de conocimientos relevantes de la comunidad universitaria, profesionales y en la sociedad, en la que se enfatiza en los valores y principios considerados como inherentes desde el nacimiento de la disciplina del Trabajo Social como profesión. Cada vez más, se intenta revertir a la sociedad los beneficios derivados de la investigación a través de las actividades de transferencia de conocimientos.

Sin embargo, la escasez en la sistematización y transmisión de los saberes influye en el debilitamiento de la disciplina y hace que hasta la fecha haya dependido de otras disciplinas. Por ello, es necesario sistematizar las actuaciones que se están llevando a cabo para evitar perder las experiencias y que se dejen de transmitir a otras generaciones

nuevos conocimientos y avances sociales. Richmond en "Social Diagnosis", según Sáez (1988, p. 35), afirma que sin investigación social no es posible realizar Trabajo Social. Por ello, son diversos los beneficios de investigar y transferir los conocimientos tanto a nivel personal como profesional:

- 1) Enriquece nuestra mirada y acción.
- 2) Es necesario para construir teoría. Sin investigación no hay creación ni avance científico.
- 3) Si no investigamos, estamos –posiblemente– condenados a desaparecer como ciencia social en el espacio europeo.
- 4) Es obvio que, si no rentabilizamos nuestras experiencias, otras disciplinas lo harán.
- 5) Si no investigamos, la narración la hacen otros/as y tendremos que importar conocimiento de otras disciplinas.
- 6) Mejora nuestra capacidad de adaptación y manejo de la realidad, al ayudar a conocer las causas, los efectos de ciertos fenómenos y permitir la innovación en recursos y soluciones.
- 7) Nos ayuda a elevar nuestra estima personal y profesional.
- 8) Sin investigación y reflexión teórico-práctica se empobrece nuestro trabajo, se hace rutinario y se favorece el "burn out", lo que incide en nuestra salud mental.
- 9) Fortalece nuestro currículum y redundante en nuestras posibilidades de ascenso y desarrollo profesional.

Por ello, la investigación puede considerarse como un elemento relevante en el proceso generador de conocimientos de cualquier disciplina. En el Trabajo Social es más importante, ya que se tienen en cuenta las circunstancias académicas actuales y disciplinares, así como también su crecimiento y consolidación como ciencia social apoyada con el desarrollo de la investigación (Lázaro y Paniagua, 2003).

4.2. Definición de gamificación y características.

La gamificación surge como una herramienta para transformar la educación (Corchuelo, 2018), con el objetivo de adaptar a la educación las técnicas del juego. A la vez, este autor, indica que la motivación que puede generar ésta en el alumnado de Educación Superior es muy elevada y también puede favorecer un entorno adecuado para la adquisición de contenidos. Dicha estrategia metodológica está compuesta por distintos y variados recursos educativos, en los que se adaptan las "técnicas más motivadoras de los juegos en contextos no relacionados con el juego" (Matera, 2018, p. 24). Además de mejorar la motivación, puede facilitar la adquisición de los conocimientos básicos, la organización y la planificación de tareas (Villalustre y Del Moral, 2015).

Este concepto fue nombrado por Pelling en 2003 por primera vez, aunque no fue hasta el 2010 cuando ganó mayor popularidad en la comunidad científica (Marczewski, 2013). Consiste en un proceso que sirve para aplicar mecánicas de juegos en contextos no lúdicos y que benefician la consecución de determinados objetivos en la mo-

Tabla 1. Comparación entre el modelo clásico de aprendizaje y el modelo basado en el juego.

| Enseñanza universitaria tradicional | Videojuegos en línea |
|-------------------------------------|---|
| Aburrida | Divertida |
| Evaluación final | Se aprende errando |
| Realimentación al final | Realimentación inmediata |
| Evaluación por oportunidades únicas | Reintentar es graciable |
| Experiencia individual | Experiencia multiplayer |
| Trato masificado | Trabajo individualizado y personalizado |
| Aprendizaje para aprobar | Buen marketing y narrativa |
| Calificación por prueba final | Sistema de recompensas |
| Se trabaja la memoria | Se trabaja el pensamiento crítico |

Nota: Diferencias entre la enseñanza universitaria tradicional y los videojuegos en línea modernos. Extraído de "Experiencias de aplicación de estrategias de gamificación a entornos de aprendizaje universitario", de A. Prieto et al., 2014.

tivación del alumnado. Entre los requisitos que se deben tener en cuenta para que ésta pueda introducirse en las aulas, es imprescindible que su estructura esté formada por dinámicas centradas en retos, logros, recompensas, entre otros; por ello, esto favorece a que el/la docente pueda transformar sus clases formativas y tareas poco atractivas en momentos de aprendizajes significativos, en los que se capte la atención del alumnado y se lleve a cabo una participación activa, mejorando los resultados académicos (Oliva, 2016).

Cantador (2016), considera la gamificación como una competición saludable por un premio de valor simbólico que debe emprenderse, ofrecer un abanico de temáticas y tareas a realizar, hacerse en un periodo corto, proporcionar y otorgar a los/las participantes una sensación de tener la oportunidad de ganar, y estipular un valor visible en el proceso, la calidad y la evaluación del aprendizaje. De esta manera, en palabras de Contreras y Eguía (2016), la gamificación puede considerarse como “una estrategia que no delimita su aplicación a una serie de reglas que seguir, sino que se abre a un sinfín de posibilidades que dependen más de la creatividad del diseñador, que de la técnica de un algoritmo a seguir” (p. 34). Su estrategia metodológica conlleva compromiso, experimentación y resultados que se componen de una estructura funcional que potencia en cualquier institución, principalmente, en un “local tan importante como el aula” (Parente, 2016, p. 16). Esta estructura funcional, denominada “arquitectura funcional”, está formada por cinco elementos que son: la actividad, el contexto, las competencias y habilidades de los/las participantes, gestión y supervisión, y las mecánicas del juego.

Cabe destacar y relacionar con lo anterior que el proceso de gamificación debe diseñarse partiendo de objetivos claros y bien definidos; de la identificación de rasgos y características de los/las participantes, la delimitación de los conocimientos que se han de adquirir o las actividades y actitudes que se quieren desarrollar; la adecuada definición de los mecanismos del juego, los recursos que se van a utilizar para el seguimiento, la evaluación, etc.; así como la diversión necesaria que se tiene en cuenta en la base del juego como proceso donde se poseen componentes lúdicos y divertidos (Zainuddin et al., 2020). Asimismo, los efectos positivos del uso de las TIC en general, y de forma particular en la gamificación, respecto a la igualdad de género, independientemente de los factores de edad y sexo del alumnado participante, podría favorecer la paliación de la violencia de género y combatir los estereotipos sociales (Prendes-Espinosa et al., 2020; Putz et al., 2020).

Por este motivo, es necesario cambiar las metodologías docentes percibidas por el alumnado como redundantes y poco eficaces en la puesta en práctica. Esto supone que se desarrollen proyectos colaborativos e interdisciplinares que motiven al estudiantado y permitan el desarrollo de un compromiso activo en las asignaturas implicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

5. La gamificación en el proceso de enseñanza - aprendizaje.

La didáctica utilizada por los/las docentes es una parte importante que permite hacer una modificación en el am-

biente y en la actitud del alumnado de la Educación Superior, es decir, en su proceso de enseñanza-aprendizaje. Donoso (2018) afirma que en todo proceso donde se puede aplicar este proceso “las estrategias de gamificación contribuyen al desarrollo, por ello deben ser aplicadas de forma didáctica, para favorecer tanto competencias específicas como transversales en procesos de enseñanza-aprendizaje; se utilizan para promover conductas que despierten el interés de los estudiantes por aprender” (p. 54).

Para elaborar estrategias de gamificación, se tiene en cuenta una serie de elementos que se clasifican en tres categorías: componentes, mecánicas y dinámicas. Éstas últimas hacen referencia al motor que favorece el proceso que surge para poner en funcionamiento la estrategia. Por ello, el sistema de gamificación debe estar centrado en estos factores genéricos, debido a que están relacionados directamente con el funcionamiento positivo y que se espera de los/las participantes. Las mecánicas influyen en el comportamiento del alumnado y se relaciona con la motivación que pueden tener estos. En cambio, los componentes, se refieren a los recursos con los que se cuenta y las herramientas que se utilizan para el diseño de una actividad a nivel práctico de la gamificación.

Se establece la gamificación como una estrategia metodológica que busca que el alumnado pueda aprender en un ambiente distendido que favorezca la diversión, la implicación y la motivación. La manera en la que se diseña el ambiente debe provocar que el alumnado pueda sentirse parte de la actividad, que pueda asumir diferentes retos, tomar decisiones, obtener un reconocimiento por parte de sus iguales al conseguir sus metas, al mismo tiempo que adquiere los objetivos marcados en el proceso de aprendizaje (Pegalajar, 2021).

Teniendo en cuenta el mecanismo curricular que se muestra en el proceso educativo, Cantador (2016) destaca que:

Quien diseña el entorno, debe considerar los aspectos y temáticas del currículo que permitan gamificarlo, cumpliendo las características antes mencionadas. Todo esto, con el propósito de lograr que el estudiante se involucre en un entorno social, donde sus padres y la predisposición por el juego tienen un papel importante (p. 14).

Asimismo, se ha de destacar la relevancia de la tecnología en el proceso de diseño de actividades fundamentadas en estrategias de gamificación, ya que favorece la utilización de recursos digitales que avalan el proceso de aprendizaje y que buscan despertar el interés del alumnado. Del mismo modo, definen cómo el/la docente debe trabajar en un espacio gamificado en el que se organiza por niveles de aprendizaje, que va de lo más sencillo a aquello que tiene mayor dificultad. Para cumplir con el objetivo, es imprescindible que los/las docentes conozcan cómo es su alumnado, de tal forma que consigan llevar a cabo un entorno gamificado basándose en las distintas necesidades de aprendizaje que el alumnado pueda ir mostrando.

Cabe destacar que el aprendizaje a través de los juegos en el ámbito académico es relevante, ya que autores como Carina (2017) afirman que:

Los juegos representan una oportunidad para transformar el aprendizaje porque estimulan la colaboración, recompensan el buen desempeño, permiten adaptarse a situaciones muy diversas y pueden captar la atención de los jugadores. La adopción y efectividad del aprendizaje basado en juegos depende en gran medida de la aceptación por parte de los docentes, quienes pueden ser considerados como los verdaderos agentes de cambio en los colegios (p. 291).

El aprendizaje basado en juegos se muestra bajo una perspectiva a medio plazo, que busca desarrollar experiencias de aprendizaje en el alumnado y aumentar sus habilidades. Es importante señalar la gran relevancia que cada vez más están cogiendo los juegos en los que se busca promover la colaboración y favorecer el acceso del alumnado en la participación en su proceso de aprendizaje. Los juegos muestran un gran impacto en el desarrollo cognitivo del alumnado y se busca incorporar esta metodología en el ámbito académico en los últimos tiempos con el fin de obtener una mayor resolución de conflictos y una mayor participación por parte del alumnado para lograr los objetivos marcados en el proceso de aprendizaje, interpretándolo como una forma de aprender activamente.

Las distintas habilidades que puedan surgir de la gamificación pueden utilizarse en todos los niveles educativos ya sea en modalidad de enseñanza presencial o virtual. Dichos mecanismos buscan permitir un proceso de creación de manera divertida y educativa a través de una serie de juegos o actividades relacionadas directamente con los objetivos y las necesidades de enseñanza (Ardila, 2019).

6. El impacto de la COVID-19 en la Educación Superior.

A raíz de la situación de pandemia provocada por la COVID-19, la vida cotidiana, y en concreto la relacionada con la Educación Superior, se paralizó bruscamente generando el cambio de las clases presenciales a virtuales, con el fin de continuar con la transmisión de los aprendizajes. Esto ha traído consigo una serie de desafíos, indiferentes para todos los países del mundo, debido a que han tenido que abordar a través de diversas alternativas y búsqueda rápida de soluciones relacionadas con los calendarios académicos y la manera en la que hasta ese momento se estaba implementando el currículo académico, así como adaptarla a medios no presenciales y con distintas maneras de ajustarse, priorizarse y adaptarse. Uno de los autores a destacar en el ámbito educativo contextual que ha dado pie a las reflexiones sobre esta temática es Hurtado (2020) quien afirma:

Es preciso tomar una serie de decisiones y contar con recursos que desafían a los sistemas escolares, los centros educativos y los docentes. Tal es el caso de los ajustes y las priorizaciones curriculares y la contextualización necesaria para asegurar la pertinencia de los contenidos a la situación de emergencia que se vive, a partir del consenso entre todos los actores relevantes (p. 65).

Por ende, se puede considerar que es igual de relevante que los ajustes que se deben llevar a cabo se consideren importantes las competencias y los valores que desde si-

empre se han determinado como esenciales en la coyuntura actual: el autoaprendizaje, la solidaridad, las competencias socioemocionales, la resiliencia, el cuidado a los demás y a uno/a mismo/a, la salud, entre otros.

Los criterios y enfoques utilizados para la toma de decisiones relacionados con los aprendizajes considerados como relevantes y la manera en la que se han realizar los ajustes, pueden tener aspectos controvertidos y complejos que busquen una alternativa más lógica donde se escojan los contenidos más importantes y en los que se imponen sobre otros. Otro aspecto que se puede llevar a cabo es la integración de los contenidos y objetivos marcados en el aprendizaje a través de núcleos con diversas temáticas interdisciplinarias que favorezcan el abordaje de diferentes asignaturas, al mismo tiempo que se vayan desarrollando en tópicos que se deduzcan como adecuados e importantes para el alumnado en la sociedad actual, por medio de metodologías basadas en proyectos o investigaciones que posibiliten abordar de manera íntegra los aprendizajes.

Desde este punto de vista, se pretende hacer una valoración de la autonomía docente y del desarrollo de competencias complejas entre los/las distintos/as docentes. Determinados países han realizado un diseño para proponer fórmulas para priorizar el currículo que incorporan un grupo reducido de aprendizajes considerados como relevantes en las distintas disciplinas, que van desde el momento en el que se prioriza el currículo hasta el currículo actual y en los que se organizan los contenidos por niveles; desde los relevantes hasta los aprendizajes actuales relacionados a objetivos completos o relevantes que puedan incorporarse entre asignaturas.

7. Conclusiones.

Como se ha ido comentando en apartados anteriores, la gamificación es una metodología activa que puede favorecer el aprendizaje y proporciona un espacio donde puede desarrollarse el conocimiento del alumnado, subsanar de forma instantánea los fallos a través del aprovechamiento y la evaluación de sus éxitos. Esta puede poner a disposición del/la docente una serie de herramientas que pueden favorecer el conocimiento del perfil del alumnado y, por ello, incurrir en cómo motivar al mismo. Esto significa que el sistema de gamificación puede coordinarse con modelos y técnicas de aprendizajes considerados como tradicionales sobre todo por la situación generada por la COVID-19 y los cambios que ha traído consigo.

La situación pandémica de estos últimos años ha hecho explícita la necesidad de cambiar las metodologías docentes percibidas por el alumnado como redundantes y poco eficaces en la puesta en práctica de las competencias en la Educación Superior. Esto implica un desarrollo de proyectos colaborativos e interdisciplinares que motiven al estudiantado y permita el desarrollo de un compromiso activo en las asignaturas implicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de herramientas tecnológicas como la gamificación.

8. Bibliografía.

Alejandro, L. y García, A.L. (2015) Gamificar: el uso de los

- elementos del juego en la enseñanza de español. En Celma, MP, Gómez, MJ y Morán, C (Eds.) *Actas del I Congreso internacional de la AEPE* (pp. 73-83).
- Ardila, J. Y. (2019). Supuestos teóricos para la gamificación de la educación superior. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 12(24), 71-84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.m12-24.stge>
- Blanco, G. (2015). *Gamificación: características*. <http://procomun.educalab.es/es/ode/view/1445270076617>
- Bolívar, A. (2008). El discurso de las competencias en España: educación básica y superior. *Revista de Docencia Universitaria*, 6(2), 1-23. <https://doi.org/10.4995/edu.2008.6268>
- Cabero-Almenara, J., Vázquez-Cano, E., Villota-Oyarvide, W. R., y López-Meneses, E. (2021). La innovación en el aula universitaria a través de la realidad aumentada. Análisis desde la perspectiva del estudiantado español y latinoamericano. *Revista Electrónica Educare*, 25(3), 1-17. <https://doi.org/10.15359/ree.25-3.1>
- Cantador, I. (2016). La competición como mecánica de Gamificación en el aula: Una experiencia aplicando aprendizaje basado en problemas (p. 68-97). En R. Contreras y J. L. Eguía, (Ed.), *Gamificación en aulas universitarias*. Institut de la Comunicació. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Carina, S. (2017). *De la enseñanza con libros de texto al aprendizaje en espacios online gamificados*. Educación Siglo XXI.
- Casal-Otero, L., Mariño-Fernández, R., Barreira-Cerqueiras, E.M. y Fernández-de-la-Iglesia, J.C.(2022).La competencia digital de los futuros docentes de formación profesional: usos y actitudes que determinarán sus prácticas de enseñanza. *RiiTE Revista Interuniversitaria de Investigación en Tecnología Educativa*, 12,113-126. <https://doi.org/10.6018/riite.522191>
- Contreras, R. S. y Eguía, J.L (Edits) (2016). *Gamificación en aulas universitarias*. Institut de la comunicació. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Corchuelo, C. A. (2018). Gamificación en educación superior: experiencia innovadora para motivar estudiantes y dinamizar contenidos en el aula. *EDUTEC, Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 63, 29-41. <https://doi.org/10.21556/edutec.2018.63.927>
- Donoso, S. (2018). *Estrategias educativas para motivar el aprendizaje*. International Studies Perspectives.
- Eurydice (2022). *Tipos de enseñanza universitaria*. <https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/national-education-systems/spain/types-higher-education-institutions>
- Federación Internacional De Trabajadores Sociales - FITS (2000). *Definición de Trabajo Social, Asamblea General de Montreal (Canadá)*. www.ifsw.org
- Hurtado Talavera, F. J. (2020). La educación en tiempos de pandemia: los desafíos de la escuela del siglo XXI. *Revista arbitrada del centro de investigación y estudios gerenciales*, 44, 176-187. [https://www.grupocieg.org/archivos_revista/Ed.44\(176-187\)%20Hurtado%20Tavalera_articulo_id650.pdf](https://www.grupocieg.org/archivos_revista/Ed.44(176-187)%20Hurtado%20Tavalera_articulo_id650.pdf)
- Díaz, R. M. y Gómez-Estern, B. M. (2022). *Innovación docente en tiempos de cambio*. Ediciones Octaedro.
- Lázaro, S. y Paniagua, R. (2003). Los métodos secundarios: la supervisión, la investigación, la administración. En T. Fernández (coord.) y C. Alemán (coord.), *Introducción al Trabajo Social*. (1º Ed., 439-462). Alianza.
- Lorenz, W. (2001). Social work in Europe – Portrait of a diverse professional group. In (Ed.). Hessle, S., *International standard setting of higher social work education*. Stockholm University. Stockholm Studies of Social Work.
- Marczewski, A. (2013). *Gamification: a simple introduction. Tips, advice and thoughts on gamification*. Andrzej Marczewski.
- Matera, M. (2018). *Explora como un pirata*. Mensajero.
- Oliva, H. (2016). La Gamificación como estrategia metodológica en el contexto educativo universitario. *Realidad y Reflexión*, 44(0), 29-47. <https://doi.org/10.5377/ryr.v44i0.3563>
- Parente, D. (2016). Gamificación en la educación. En R. Contreras y J. L. Eguía (Ed.), *Gamificación en aulas universitarias*. Institut de la comunicació. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pegalajar Palomino, M.C. (2021). Implicaciones de la gamificación en Educación Superior: una revisión sistemática sobre la percepción del estudiante. *Revista de Investigación Educativa*, 39(1), 169-188. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.419481>
- Prendes-Espinosa, M. P., García-Tudela, P.A. y Solano-Fernández, I. M. (2020). Igualdad de género y TIC en contextos educativos formales: Una revisión sistemática. *Comunicar*, 63(XXVIII). <https://doi.org/10.3916/C63-2020-01>
- Prieto, A., Díaz, D., Monserrat, J., y Reyes, E (2014). Experiencias de aplicación de estrategias de gamificación a entornos de aprendizaje universitario. *ReVisión*, 7(2), 76-92.
- Putz, L., Hofbauer, F. & Treiblmaier, H. (2020). Can gamification help to improve education? Findings from a longitudinal study. *Computers & Education*, 106392. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106392>
- Sáez, C. A. (1988). La investigación en Trabajo Social. *Cuadernos de trabajo social*, 1, 35.
- Villalustre, L. y Del Moral, M.E. (2015). Gamificación: Estrategia para optimizar el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias en contextos universitarios. *Digital Education*, 27, 13-31. <https://raco.cat/index.php/DER/article/view/299734>
- Zainuddin, M., Shujahat, M. Haruna, H. & Wah Chu, S. (2020). The role of gamified e-quizzes on student learning and engagement: An interactive gamification solution for a formative assessment system. *Computers & Education*, 103729. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.103729>



Cartografías de la fragilidad de los cuerpos: una mirada desde el Trabajo Social.

Cartografies de la fragilitat dels cossos: una mirada des del Treball Social.

Cartographies of body fragility: a perspective from Social Work.

Antonella Paula Leone¹, Denise Soledad Couselo²

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo dar cuenta de las intervenciones que hemos realizado desde el campo gerontológico como profesionales del Trabajo Social con relación a la fragilidad de los cuerpos y el final de la vida. Estos conceptos se abordan como fenómenos naturales y cotidianos que nos atraviesan por nuestra condición inherente de seres humanos. Nos interesa buscar una mirada cultural acerca de la muerte y sus implicaciones, basándonos principalmente en la teoría Foucaultiana sobre el biopoder. El trabajo se sustenta en la articulación entre teoría y práctica, a partir de la investigación bibliográfica y la revisión de registros de campo. Como resultado, se pretende socializar los aportes realizados desde la disciplina del Trabajo Social para trabajar y acompañar a las personas mayores y sus referentes afectivos en el tránsito de estos escenarios. De esta manera nos proponemos repensar las prácticas situadas desde una perspectiva crítica, latinoamericana y gerontológica.

Palabras clave: fragilidad, biopoder, envejecimiento, finitud de la vida, Trabajo Social.

Resum

El present assaig té com a objectiu donar compte de les intervencions que hem realitzat des del camp gerontològic com a professionals del Treball Social en relació a la fragilitat dels cossos i el final de la vida. Aquests conceptes s'aborden com a fenòmens naturals i quotidians que ens travessen per la nostra condició inherent d'éssers humans. Ens interessa buscar una mirada cultural sobre la mort i les seves implicacions, basant-nos principalment en la teoria Foucaultiana sobre el biopoder. El treball se sustenta en l'articulació entre teoria i pràctica, a partir de la recerca bibliogràfica i la revisió de registres de camp. Com a resultat, es pretén socialitzar les aportacions realitzades des de la disciplina del Treball Social per a treballar i acompanyar a les persones majors i els seus referents afectius en el trànsit d'aquests escenaris. D'aquesta manera ens proposem repensar les pràctiques situades des d'una perspectiva crítica, llatinoamericana i gerontològica.

Paraules clau: fragilitat, biopoder, envelliment, finitud de la vida, Treball Social.

Abstract

The aim of this argumentative essay is to explain and give an account of the interventions we have performed from the geriatric field as Social Work professionals in connection with body fragility and life's finitude. We will approach those concepts as natural, everyday phenomena we experience as an inherent part of our human being condition. We seek to find a cultural perspective about death and its implications, basing ourselves on Foucault's theory of biopower. This work is based on the articulation between theory and practice, taken as starting point the bibliographic research and the reviews of filed records. We socialize the contributions we put forward from the discipline of Social Work to work and accompany the elderly and their affectional bonds while going through these experiences. We also intend to rethink the current practices from a critical, Latin American and geriatric perspective.

Keywords: fragility, biopower, life's finitude, Social Work.

ACEPTADO: 08/01/2023

PUBLICADO: 23/01/2023

^{1,2} Trabajadoras sociales del INSSJP- PAMI, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Argentina.

✉ Denise Soledad Couselo. denisecouselo@gmail.com

1. Introducción.

El objetivo de este trabajo es realizar una articulación entre el campo teórico y la praxis profesional. Está basado fundamentalmente en registros propios sobre nuestra tarea profesional en salas de internación de Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), siendo la población objeto de intervención personas adultas mayores que se encuentran cursando una internación, así como su familia y/o red social de apoyo. La metodología utilizada se concreta en la recopilación de experiencias profesionales, cuadernos de campo, sistematizaciones, análisis de informes sociales, así como la búsqueda de bibliografía sobre el envejecimiento, los procesos de salud-enfermedad y el trabajo con la muerte desde diferentes campos sociales como la Sociología, la Antropología y el Trabajo Social.

En una primera instancia, este trabajo busca realizar algunas conceptualizaciones acerca del envejecimiento, a fin de caracterizar la población con la que trabajamos, para luego centrarnos en el desarrollo teórico basado en el concepto de la fragilidad del cuerpo y la teoría foucaultiana de biopoder.

A partir de la tarea y la observación participante en el Hospital, pudimos realizar un diagnóstico social que arrojó como resultado delimitar algunas de las problemáticas que resultan recurrentes en nuestro ejercicio profesional. Una de ellas es el acompañamiento hacia la persona mayor, así como de su contexto social, por la pérdida gradual de autonomía con las implicancias que conlleva para la persona dichos cambios a nivel tanto psíquico como físico. Estos, son finalmente trasladados al plano de la conciencia emocional y a la racionalización de cuestiones como la fragilidad de sus cuerpos y el cercano final de la vida.

A nivel general, son múltiples las problemáticas biosociales de la población adulta mayor, y resultan frecuentes las enfermedades neurodegenerativas como el deterioro cognitivo, alzheimer, demencias y parkinson, por nombrar algunas de las más habituales. Dichas enfermedades impactan en el sujeto en un proceso progresivo de degeneración neuronal; afectando el movimiento, el lenguaje, el razonamiento, las habilidades sociales y la memoria, con un fuerte impacto en la autonomía del sujeto, su personalidad y su entorno.

Acorde a los aportes realizados por Oliveri (2006, p.6) en su informe presentado para el Banco Interamericano de Desarrollo:

Se observa que a medida que aumenta la edad se incrementa la cantidad de personas con dificultades. Para 2018, un 30,5% de las personas de 65 años o más y un 46,6% de las de 80 años o más presentaban algún tipo de discapacidad. A ello se agregan las enfermedades crónicas, que figuran cada vez más entre las principales causas de morbilidad y muerte de la población. Existe evidencia de que estas enfermedades causan dependencia funcional. Dadas sus características (duración prolongada, difícil remisión), estas dolencias pueden aumentar las probabilidades de que una persona necesite servicios de atención para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Estas degeneraciones físicas, cognitivas y emocionales ori-

ginan la necesidad de que un profesional realice un acompañamiento cercano en los procesos de pérdida, deterioro y duelo, tanto con la persona padeciente como de su red de apoyo.

El hospital se constituye así en un escenario complejo de intervenciones en el que operan distintos/as profesionales de la salud, involucrados/as de forma constante, donde el rol del Trabajo Social entra muchas veces en tensión, siendo primordial en el abordaje de las situaciones con las que trabajamos. A partir de aquella red de intervención, el trabajo con la fragilidad del cuerpo, la muerte, y la pérdida física, mental y emocional que sufren las personas mayores hospitalizadas genera el espacio habitual de nuestra práctica profesional, siendo fundamental para los equipos de Trabajo Social poder problematizar tanto el rol profesional como las implicancias conceptuales y sociales que significa este ejercicio cotidiano con los/las pacientes internados/as.

A su vez, consideramos que ciertas prácticas, habituales o cotidianas por las características de nuestro trabajo, durante la pandemia del COVID-19 se vieron profundizadas y evidenciadas con mayor claridad, por lo que nos parece pertinente, entendiendo el momento histórico atravesado, hacer mención también a ellas en el presente trabajo.

2. Marco teórico.

2.1. Envejecimiento: conceptualizaciones teóricas recientes.

En las últimas décadas nos encontramos atravesando a nivel regional y global un fenómeno de envejecimiento demográfico, y con él se evidencia un cambio en la estructura de edades que ha sido muy significativo. Acorde al Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial de la Dirección Nacional de Población:

Según previsiones de la CEPAL, en América Latina el número de adultos mayores superará por primera vez al de niños en 2040, pasando de una estructura joven en 1950 a una población en claro proceso de envejecimiento. En 2010, se observó la disminución del peso de la población menor de 15 años en la población total, pasando de un 40 por ciento en 1950 a un 28 por ciento en 2010, y se espera que represente sólo un 15 por ciento en 2100 (CEPAL, 2011 y 2020). Entre los años 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de 6,5 a 8,2 por ciento en América Latina y el Caribe. Para el año 2025 se estima que la cifra será próxima al 15 por ciento, dando mayor visibilidad y notoriedad a este grupo poblacional. Hacia 2050 las personas de edad representarían aproximadamente el 24 por ciento de la población, una de cada cuatro personas tendría 60 años o más. (Ministerio del Interior, 2021, p.3).

El marcado descenso en las tasas de natalidad, sumado a un creciente y constante incremento de la esperanza de vida, da lugar al fenómeno de envejecimiento poblacional a nivel global como resultado de múltiples procesos históricos, sociales, económicos; generando nuevas y diferentes maneras de vivir. Siguiendo Iacub (2012):

Las nociones de envejecimiento y vejez se encuentran ordenadas por políticas de edades, las cuales asignan

ciertos significados y ejercen controles sobre el desenvolvimiento de los individuos. Es decir que funcionan como mecanismos que legitiman y regulan los criterios de edad. Toda sociedad, para constituirse como tal, debe controlar y manejar al otro, someter su voluntad, a partir de presupuestos que justifican ese espacio social y que se expresan a través de distintos discursos. Estos funcionan como ordenadores que promueven criterios de edad, género o cualquier otra división al interior de una sociedad, estableciendo roles y funciones, obligaciones y permisos. (p.3)

En el caso del Estado Argentino, se establece que las personas mayores son aquellas de 60 años o más. El mismo adhiere a La Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27.360) para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor a fin de asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social, y desarrollar el respeto de su dignidad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano, siendo dinámico, heterogéneo, multifactorial e irreversible. No obstante, el vínculo existente desde el imaginario social con esta etapa de la vida suele ser negativo, centrándose primordialmente en la pérdida de ciertos atributos. En este sentido Pierre Bourdieu (1990) sostiene:

en la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la división (en el sentido de repartición) de los poderes. Las clasificaciones por edad (y también por sexo, o, claro, por clase) vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar un lugar (p.119).

A su vez, Yuni y Urbano (2008) indican que el envejecimiento no es un fenómeno universal, sino que existen itinerarios y modos de envejecer diferentes para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales. A su vez, la noción de envejecimiento diferencial puso de manifiesto, entre otras cosas, que varones y mujeres tienen modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo.

Por tanto, la edad cronológica es una variable relevante pero no la única, puesto que no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que la historia de vida, salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez (Huenchuan, 2006). En este sentido, De Beauvoir (1970, p.16) afirma que:

El envejecimiento es intrínseco, heterogéneo, progresivo, universal e irreversible. Las sociedades envejecen de manera distinta, cada ser humano envejece de forma diferente. Y, por lo tanto, la vejez no es homogénea; es, por el contrario, muy heterogénea. De hecho, de acuerdo a la evidencia, es la etapa del curso de la vida con más diversidad en las características de los sujetos que son parte de ella. Por eso, pluralizar el término vejez a "vejeces" (...) tiene mucho sentido simbólico. La vejez es una realidad transhistórica, vivida de manera variable

según el contexto social.

Por lo mencionado anteriormente, nos proponemos hablar de vejeces en plural. Tratando de visibilizar al envejecimiento como un proceso único y singular de cada individuo, como respuesta a un proceso de vida que no puede ser comparado con otro.

2.2. Vejeces en contextos de hospitalización.

Al ingresar una persona mayor en el hospital, y sobre todo si se prolonga su hospitalización, muchas veces al alcanzar el alta médica la persona no se encuentra en su estado anterior de salud. Esto genera que las personas mayores se deterioren y comiencen o profundicen algún tipo de dependencia y/o asistencia funcional previa, como consecuencia de este nuevo escenario, desprendiéndose la necesidad de cuidados. Esta situación suele ser disruptiva y no planificada, impactando en la vida tanto emocional como física de las personas mayores, pero también de sus familias y/o referentes afectivos.

Los procesos de salud-enfermedad son dinámicas complejas que involucran planos multidimensionales de la vida de las personas. La reconocida investigadora mexicana Asa Cristina Laurell, remarca el carácter social del proceso de salud-enfermedad. La misma se distancia del paradigma positivista que conceptualiza a la enfermedad como un fenómeno biológico individual, demostrando en distintos estudios que la esta tiene un carácter histórico y social, explicitando: "la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico si no en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos" (Laurell, 1982, p.2). Así, los procesos de salud-enfermedad son el resultado de dinámicas complejas multidimensionales, que se enmarcan en los modos en los que las sociedades modernas capitalistas hacen frente a las formas de hacer y des-hacer salud.

Nuevamente, Laurell (1986) plantea:

El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. Otro hecho que muestra la historicidad del proceso biológico humano es la esperanza de vida, ya que varía en las distintas épocas históricas y entre las clases sociales. Así, no es posible establecer la duración "normal" de la vida al margen del momento histórico. Otra evidencia del carácter social del proceso biológico humano la constatamos cotidianamente en algo que podemos llamar la fisonomía de clase, ya que distinguimos, aun sin instrumentos científicos, en nuestros países quién es campesino, quién obrero, quién burocrata y quién burgués. (p.3)

A su vez, resulta pertinente poder delimitar que la enfermedad está compuesta por tres dimensiones (Hueso, 2006), las cuáles los/as profesionales de la salud debemos tener en cuenta para nuestra intervención en este campo:

- Dimensión biológica. Aquella que responde a la disfuncionalidad orgánica corporal.

- Dimensión subjetiva. Responde a cómo se siente y vivencia el sujeto, como se ve afectada su vida en función de la enfermedad y el síntoma que ella produce.
- Dimensión simbólico social. Aquellas condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales del enfermo y de las del profesional de la salud.

Consideramos que es menester al momento de la intervención en salud poder explorar estas tres dimensiones de la enfermedad, atendiendo o indagando tanto acerca de la sintomatología corporal, así como del padecimiento subjetivo producido por las interpretaciones y significancias de quien lo está viviendo.

Por tanto, así como la enfermedad es multidimensional, se constituyen del mismo modo las respuestas que podemos dar a estos padecimientos. El plano del capital subjetivo y simbólico de cada quién es determinante a la hora de indagar nuestras opciones de vida, y es un factor clave a tener en cuenta dentro de la intervención desde el Trabajo Social.

Muchas veces notamos que las personas mayores con las que trabajamos tienen (o no) lo que llamamos comúnmente “conciencia de enfermedad”. A ello acudimos los/las profesionales de la salud cuando evaluamos que la persona no puede seguir viviendo en las mismas condiciones en las que vivía previamente, al necesitar apoyo y/o asistencia tanto para las actividades de la vida diaria así como para continuar con un tratamiento determinado. Esto muchas veces desemboca en la solicitud de asistencia domiciliar o incluso la derivación a Residencias de Larga Estadía o Centros de Rehabilitación, como mecanismos para continuar con, ya sea una rehabilitación, o bien sostener las condiciones de cuidado y asistencia necesarias para que la persona habite una nueva condición, pudiendo ser esta transitoria o definitiva.

Estas cuestiones resultan difíciles de procesar tanto para algunas personas mayores, como para sus referentes. Es fundamental para poder egresar del hospital, trabajar de forma interdisciplinaria el dispositivo adecuado de egreso, así como oír la voz de la persona en todo momento. A su vez, no queremos dejar de mencionar cómo en ocasiones la hospitalización deja en evidencia la fragilidad de las estrategias de cuidado que sostenían a esas personas mayores en sus hogares y, una vez que se interviene desde el hospital, esa cuestión deja de ser exclusivamente un tema del ámbito privado.

2.3. Final de vida: espejo de la fragilidad del cuerpo.

Desde el momento de nuestro nacimiento, habitamos una sola corporalidad, sufriendo al mismo tiempo la paradoja de su constante mutación. No es frecuente ponernos a pensar cómo es que nuestro cuerpo va cambiando según las etapas de la vida que vamos transitando, por lo que es importante tener presente que lo corpóreo no es mera fisiología, sino que es el canal y medio de nuestras experiencias e historias, nuestras trayectorias de vida. Los cuerpos son permeables al medio y sus recorridos; dan cuenta de sus modos de hacer, de vivir y sentir. La categoría bourdiana de habitus nos ayuda a pensar que nuestros modos tan únicos de ser se encuadran desde la corporalidad. Nuestros cuerpos en algún punto están leídos como prácticas colectivas, culturales, construyéndose

se la corporalidad también en sociedad, ya que:

la construcción del cuerpo se enlaza al devenir, legitimando determinadas formas de sentir propias de una época que se vuelven «naturales». De este modo, se torna evidente que cada momento histórico produce y transforma la «naturaleza» del ser humano instituyendo determinados modelos físicos ideales, que van cambiando la geografía corporal (Pochintesta, 2012, p.164)

Desde la modernidad occidental, se hace frente a la fragilidad corporal con el empoderamiento de la ciencia y la medicina. De esta manera, se busca frenar el paso del tiempo y atenuar estos síntomas. La salud se vuelve así, también en un bien de consumo, con el objeto de maximizar y explorar la propia vida. Es frente a los procesos de enfermedad donde nuestras corporalidades se muestran frágiles. Por ello, el envejecimiento nos propone nuevos desafíos porque en muchas ocasiones las personas se encuentran transitando enfermedades crónicas durante mucho tiempo, comprometiendo paulatinamente la autonomía hasta llegar al final de la vida.

Como mencionamos, nos interesa poder teorizar acerca del final de vida como fenómeno social y recurrente dentro de nuestra práctica profesional. Es insoslayable en este punto rescatar la fuerte presencia que comenzó a tener tanto discursivamente como materialmente el final de vida a partir de la pandemia. Si bien, producto de nuestro escenario profesional confrontamos con este hecho de forma cotidiana, la aparición del COVID-19 hizo que, la muerte, el temor y conciencia acerca de ella, cobrarán una especial atención.

En términos cuantitativos el Ministerio de Salud de la Nación Argentina realizó un estudio sobre el exceso de mortalidad en el 2020 con el fin de cuantificar el impacto directo e indirecto de la pandemia de COVID 19 en la cantidad de muertes en Argentina. El exceso de mortalidad es el número total de muertes (directas o indirectas) que se encuentra por encima del límite superior de muertes esperadas según períodos anteriores. El estudio detalló que en 2020 se observó un exceso de mortalidad de 10,6% por encima del umbral establecido, lo que corresponde a 36.306 muertes en exceso (Ministerio de salud de Argentina, 2021).

Indudablemente, desde nuestro espacio de trabajo se sintió este impacto: el COVID-19 se convirtió rápidamente en un factor que amenazó y socavó la realidad tal cual la conocíamos, profundizando procesos que, si bien antes de dicho suceso también acontecían, la pandemia las puso de relieve, siendo necesario desde la intervención social poder abordarlos. En este sentido, consideramos importante poder conceptualizar la muerte y su vínculo con el envejecimiento.

La muerte constituye un par o forzado, manifestándose como el término concreto de la vida como la conocemos. Este fenómeno afecta a la persona que muere, pero también a sus seres queridos. Por lo tanto, podemos decir que la muerte (Gayol y Kessler, 2011) no es simplemente un suceso individual y biológico, sino que es un acontecimiento de dimensiones colectivas e implicancias culturales; en otras palabras, la muerte alude a un concepto construido socialmente que cambia y muta según cada sociedad.

Siguiendo a Norbert Elias (2009), la muerte es un hecho

biológico al que se le da un tratamiento social específico. El trato que el ser humano le ha dado a esta durante la historia indudablemente se modifica en función del momento histórico. Mientras que, durante la Antigüedad y la Edad Media, la muerte era tratada como un evento público, destino colectivo esperable ante la condición humana, a partir del s. XX, la muerte se torna vergonzosa y objeto de censura, al ocultarla, resulta complejo y difícil poder aceptarla cuando ocurre. Si bien ningún ser viviente está exento de ella, estamos todos destinados a atravesarla, siendo un tema tabú que produce rechazo y negación.

Desde una visión antropológica, la muerte se puede clasificar en cuatro categorías: “natural ya que forma parte de vivir, cotidiana porque cada día fallecen personas; aleatoria debido a que no se sabe cuándo fallecerá alguien y universal porque todos acabaremos falleciendo” (Miguel García, citado en Fernández, 2011, p.20). No obstante, desde el imaginario social tenemos un fuerte rechazo a integrarla como parte irrevocable de la vida, lo cual hace que cuando efectivamente sucede, en algunos casos los procesos de duelo sean muy complejos de encarar ante la dura aceptación de esta.

La vejez, como ninguna otra etapa de la vida, está íntimamente relacionada desde el pensamiento colectivo, con la muerte. Nuevamente, Stephan (2022) afirma:

La vejez expone, posiblemente como ningún otro fenómeno, la trágica de nuestra organicidad: porque somos “animales enfermos”, biológicamente deficitarios, generamos una protección técnico cultural de la vida que nos permite no solo sobrevivir, sino incluso vivir plenamente, construyéndonos una salud nueva, humana, pero esa posibilidad existencial y cultural que logramos forjar y ser, no puede escapar completamente de los límites que impone nuestra biología- y envejecer es la última gran prueba de ello. (p 41)

Por ello, pensar a la vejez como sinónimo de enfermedad negaría la heterogeneidad propia de esta etapa de la vida del ser humano, fortaleciendo estereotipos viejistas² que no hacen más que contribuir a un pensamiento adulto centrista desde una perspectiva de la productividad, al mismo tiempo que relega a la vejez a un segundo plano, siendo ocultada y patologizada.

En este sentido Stephan (2022), afirma:

Más que patologizar la vejez deberíamos aceptar que ella expresa con mayor énfasis nuestra pugna constante con una biología que, desde nuestro nacimiento nos violenta. La vejez, por tanto, no es en sí misma problemática, sino en cuanto nos confronta ineludiblemente con lo que originariamente somos, un conjunto orgánico que, pese a todo el control tecnológico y cultural, no podemos superar. La vejez es la última impotencia que experimentamos como “animales enfermos”- y la que nos adelanta otra impotencia que en rigor no experimentamos: la muerte. (p. 43)

La vejez, así como la fragilidad y la muerte, indudablemente incomodan al ser humano, en cuanto nos confronta a la idea de finitud, nos hace mirar a la cara a nuestras vulnerabilidades. Por ello, preferimos pensar que la muerte no es la cara contraria de la vida, sino una forma de distinguir, poner en valor la propia vida y el camino re-

corrido. Compartimos el desafío planteado por la filósofa Diana Stephan acerca de “pensar en la muerte anticipadamente para liberarnos y volver más sagaces que nunca a la vida” (p.39).

2.4. Aportes foucaultianos sobre la muerte y el biopoder.

Entrelazar vivencias y conceptualizaciones acerca del envejecimiento, la fragilidad del cuerpo, el final de vida, y las dinámicas hospitalarias, invita a repensar estos conceptos a través de la filosofía y la sociología, particularmente a través de los aportes foucaultianos de la biopolítica.

Michael Foucault afirma que, en la época contemporánea, en las sociedades occidentales, la muerte cobró un manto de tabú. En nuestras sociedades, desde 1800 se comenzó un proceso de descalificación progresiva de la muerte. Para el sociólogo, la razón por la cual la muerte se vivencia desde la intimidad, de lo poco visible, del ámbito de lo privado, –“como si la muerte contuviera algo de vergonzoso que debiera esconderse o, al menos, no prodigarse” (Foucault 1992, p.257)–, tiene una íntima vinculación con la transformación de los mecanismos de poder que se suscitaban a partir del siglo XVIII.

El citado autor refiere que el poder conduce conductas, es decir no actúa de forma directa sobre las personas sino que induce, limita o impide el ejercicio de conductas. Para Foucault en la actualidad la vida pasa a ser *objeto del saber y blanco del poder*, siendo así que todos los fenómenos de la vida quedan atravesados por los procedimientos del saber-poder. Este binomio saber-poder no solo atraviesa el cuerpo del individuo, sino que también tiene implicancias en el conjunto de la sociedad.

Así, el biopoder, modifica el objetivo soberano del poder disciplinario de dejar vivir y hacer morir y lo invierte: en lugar de dejar vivir y hacer morir, ahora el poder tiene el objetivo de hacer vivir y dejar morir. El biopoder se centra en los procesos que son específicos de la propia vida, como el nacimiento, la muerte, la reproducción, la migración y la enfermedad, así que también son diferentes la racionalidad, dispositivos, estrategias y luchas o resistencias que genera (Castro, 2004). En la biopolítica, el objetivo ya no es el cuerpo individual, sino la regulación de la población como cuerpo político.

Siguiendo la teoría de Foucault, la biopolítica, pensándola como mecanismo de poder, resultó más adecuada a partir del momento en que ya no se trató tanto de obstaculizar o destruir fuerzas, sino más bien de producirlas, potenciarlas y gestionarlas. Ahora bien, ¿cómo se vincula la biopolítica con el tabú de la muerte? En la antigüedad la muerte era un fenómeno público, visible, que implicaba a la comunidad, y que se acompañaba de ceremonias ya que la muerte no representaba el final del poder, sino tan sólo el tránsito de un poder a otro. Es decir, la muerte era percibida como un relevo en la posesión del poder. En pos de la mejora de la calidad de vida los biopoderes crearon controles y regulaciones sobre los riesgos, los accidentes o cualquier otra variable que pueda afectar el proceso vital. Según Foucault, si en nuestra sociedad la muerte se ha convertido en un tabú, es precisamente por este protagonismo creciente que ha ido adquiriendo la biopolítica ya que, cuando la gestión misma de la vida es el objeto principal de poder la muerte incomoda sus-

¹Con conciencia de enfermedad nos referimos a la comprensión integral por parte de la persona de entender y aceptar tanto el tratamiento que debe llevar a cabo, así como las limitaciones y proyecciones de la enfermedad en función de la información brindada por el personal de salud.

²Viejismo: categoría que se utiliza cuando nos referimos al conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación que se hace a las personas mayores en función de su edad cronológica.

tancialmente.

Para Foucault el poder implica necesariamente que se pueda resistir a su ejercicio. Nadie puede resistir a lo inevitable como la muerte, por lo tanto, estaría fuera de las lógicas de poder. La muerte está fuera del alcance del biopoder, es un límite concreto; nada tiene que hacer el biopoder con la muerte por lo que ahí se palpan sus debilidades. Entonces entendemos a la muerte como un fenómeno sorpresivo y no como un hecho natural en tanto ponderamos nuestro deseo de evitarla o postergarla indefinidamente.

3. Intervención del Trabajo Social.

Indagar acerca de la intervención del Trabajo Social en el campo gerontológico, nos vincula con las singularidades de estos sujetos. Como hemos reconstruido, la mirada profesional es clave a la hora de pensar junto a ellos, y sus referentes, alternativas para el egreso sanatorial. Frecuentemente luego de una prolongada hospitalización la necesidad de asistencia para las actividades de la vida diaria se vuelve necesaria.

Es tal la negación que tenemos a la fragilización corporal que muchas veces, como sociedad y como individuos, nos cuesta ver estas limitaciones y la necesidad de solicitar asistencia. Como profesionales del campo gerontológico es nuestra tarea acompañar a las personas mayores en estas decisiones que implican un fuerte impacto en su vida y la modificación de su cotidianeidad. Es habitual acompañar al sujeto y sus referentes en reiterados ingresos hospitalarios y vivenciar el proceso de fragilización de las personas mayores. Muchas veces este proceso viene de la mano de la claudicación de los cuidadores, quienes acompañan a las personas mayores en la integralidad de los cuidados.

El rol del Trabajo Social no sólo es primordialmente de contención, sino poder alivianar sus cargas pensando en conjunto estrategias de abordaje y buscar los recursos que se adapten a las necesidades de la persona. Como principales herramientas de abordaje profesionales contamos principalmente con la escucha activa, para poder centrar nuestra intervención en las necesidades del otro, y con la entrevista social donde podemos recopilar información acerca de las trayectorias de vida de las personas con quienes trabajamos. La combinación de ambas estrategias nos permite ofrecerles a las personas y a sus familias los recursos que se adaptan a sus necesidades, la contención y la mirada desde la singularidad rescatando cada situación como única.

La fragilidad va dando indicios y pasos que muchas veces no queremos ver, hacer frente a este escenario implica sabernos vulnerables y expresar nuestra finitud. Incontables veces planificamos el buen vivir en nuestra trayectoria de vida, pero pocas veces vemos personas que estén dispuestas a pensar también en el buen morir. Parte fundamental del rol del Trabajo Social es acompañar el proceso a la muerte, velar por pensar y defender el buen morir para cada persona junto con las familias y el equipo de salud. Nuestro objetivo es pensar de manera integral abordajes que logren acompañar las necesidades de las personas y las familias entendiendo que la finitud de la vida es una condición intrínseca del ser humano.

4. Conclusiones.

En función de la conceptualización realizada, uno de los prejuicios más grandes con los que se asocia a la vejez es con la enfermedad y el final de vida. Esto piensa únicamente en la variable cronológica del envejecimiento, asociando el ser viejo con la fragilización, despojando a este momento del ciclo vital de sentido y valor.

Parte del curso de vida es atravesar transformaciones corporales y, a pesar de esta universalidad, el mundo occidental moderno se afana por esconderlo. Envejecer es un proceso constante y diferencial, singular de cada ser humano. Envejecer nos confronta con la fragilidad corporal, pero estos procesos suceden con amplios matices desde el ejercicio de las actividades de la vida cotidiana. Pensar desde el Trabajo Social estos matices nos ayuda a brindar respuestas integrales en el proceso de fragilización.

Abordar el buen vivir y buen morir desde nuestro colectivo profesional es una necesidad y es nuestra responsabilidad. Conceptualizar estas cuestiones nos hace repensar nuestras intervenciones de manera integral escuchando las necesidades de los sujetos y tratando de adelantarnos y brindar recursos para habitar nuevos escenarios.

Es indudable el carácter universal de la finitud de la vida, y en concordancia con esto nos parece importante poder planificar, con los aportes de nuestra intervención, un buen morir dentro y fuera del hospital.

Concluimos que la posibilidad de conceptualizar lo visible y cotidiano, dentro de una tarea que se enmarca en la práctica institucionalizada y mecanizada, habilitan la reflexión y la potencia de la pregunta en torno a los caminos que se surcan desde la práctica profesional del Trabajo Social.

4. Bibliografía.

- Bourdieu, P. (1990). La juventud no es más que una palabra, en *Sociología y cultura* (p.163-173). Los Noventa.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Universidad Nacional de Quilmes.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Penguin-Random House.
- Elias, N. (2021). *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica.
- Fernández Marín, M.ª E. (2011). Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado* (p.19-42). Universidad de La Rioja.
- Foucault, M. (1992). Del poder de soberanía al poder sobre la vida, en *Genealogía del racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado* (p.247-773). Ediciones La Piqueta.
- Gayol, S. y Kessler, G. (2011). La muerte en las ciencias sociales: una aproximación. *Persona Y Sociedad*, 25(1), 51,74. <https://doi.org/10.53689/pys.v25i1.205>
- Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Índex de enfermería*, 15(55), 49-53. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011
- Huenchuan, S. (2006). El envejecimiento de la población

indígena en América Latina: aproximación conceptual y sociodemográfica. En Naciones Unidas (Coord), *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas - LC/W. 72-2006 - p. 529-546*. <http://hdl.handle.net/11362/4131>

- Iacub, R. (2011). El poder y la vejez. Los relatos y sus políticas. *Revista Kairós Gerontología*, 18(4), 439-453.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2013. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. *Serie de análisis demográfico*, 35. Buenos Aires.
- Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Laurell, A.C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.
- Ministerio de Salud, Argentina (2021). *Informe de caso exceso de mortalidad*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-presento-estudio-sobre-exceso-de-mortalidad-en-2020-por-covid-19>
- Ministerio del Interior, Argentina (2021). *Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial. Argentina 1991-2010 octubre 2021*. Dirección Nacional de Población. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/10/reporte_de_envejecimiento_poblacional_a_nivel_nacional_y_provincial.pptx_.pdf
- Merleau-Ponty, M. (1957). *Fenomenología de la percepción*. Fondo de Cultura Económica.
- Pochintesta, P. (2012). De cuerpos envejecidos: un estudio de caso desde el discurso publicitario/Aged bodies a case study from the advertising discourse. *Pensar la Publicidad. Revista Internacional de Investigaciones Publicitarias*, 6(1), 163-181. https://doi.org/10.5209/rev_PEP.2012.v6.n1.38661
- OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89. <https://doi.org/10.5377/cuadernojurypol.v2i7.11040>
- Oliveri, M.L. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>
- Stephan, D. A. (2022). *Animales enfermos: Filosofía como terapéutica*. Fondo de Cultura Económica.
- Vidal, J. F. (1996). Redes y el Trabajo Social. *Taula: quaderns de pensament*, 25, 29-38. <https://raco.cat/index.php/Taula/article/view/70969>
- Yuni, J. A., y Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista argentina de sociología*, 6(10), 151-169. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt