

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO
OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

2025 | 1.º semestre | ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com



103

sumario contents

Presentación | Presentation

5

Artículos | Articles

Revisión de la evidencia empírica relacionada con el síndrome de sobrecarga del cuidador publicada en los últimos diez años

Review of empirical evidence related to caregiver burden syndrome published in the last ten years

Ana Márquez Terraza

7-29

Trabajo social y cooperación internacional al desarrollo: un análisis de la educación universitaria y las publicaciones académicas en España

Social work and international development cooperation: an analysis of university education and academic publications in Spain

Manuel Sánchez-Moreno, María del Mar Rodríguez-Brioso, Jesús M. Pérez Viejo Y Esther Acevedo Alcaraz.

31-51

Trabajo social sanitario ante divorcios difíciles: programa infanto-juvenil del centro de salud mental de Getafe

Social health work in difficult divorces: child and youth programme at the Getafe mental health centre

Ángel Reviriego Herranz

53-62

Comprensión o implicación. ¿pueden las familias multiproblemáticas esperar a que las comprendamos?

Understanding or involvement. can multi-problem families wait for our understanding?

Israel Ureña Mallén, Ricardo Ramos Gutiérrez y Raúl Jiménez Muñoz

63-76

El niño emperador. desafíos del trabajo social en un mundo transhumanista

The emperor child. challenges of social work in a transhumanist world

Jesús Acevedo Alemán

77-89

Trabajo social y ciudades inteligentes: análisis comparado del protocolo de Vancouver para la mejora de la calidad de vida en personas mayores

Social work and smart cities: comparative analysis of the Vancouver protocol to improve the quality of life in older people

María Dolores Muñoz de Dios, María del Carmen Orpez Lara y Cristina Belén Sampedro Palacios

91-108

El deporte como herramienta de transmisión de valores en barrio desfavorecidos: potencialidades y limitaciones

Sport as a tool for transmitting values in disadvantaged neighbourhoods: potentials and limitations

Rocío López-Montero, Antonio Delgado-Baena, Rocío Vela-Jiménez y Antonio Sianes

109-127

Desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas: un análisis desde el trabajo social

Challenges, barriers, and opportunities of care systems for addictive behaviors: an analysis from social work

Ángela Parrilla-Olmeda y Ángela Carbonell

129-151

Factores sociales en el suicidio de personal sanitario. el impacto del estrés laboral y la necesidad de una autopsia social: una revisión sistemática

Social factors in healthcare worker suicide. the impact of work-related stress and the need for a social autopsy: a systematic review

Ángel Luis Arricivita Amo, Javier Olivera Pueyo y Visitación Ortega Riba

153-174

Enfermedades raras y su impacto en relación con el ámbito laboral

Rare diseases and their impact in relation to the work sphere

Daria Munteanu y Elvira Medina Ruiz

175-188

Director/Executive Editor

Rubén Yusta Tirado

Profesor Ayudante Doctor en Universidad Pontificia Comillas
direccion@trabajosocialhoy.com

Coordinadora editorial/ Editorial Coordinator

Ana Álvarez Blanco

Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
tsh@trabajosocialhoy.com

Consejo de Redacción/ Review Editors

Loreto Aranda Sánchez. Hartford, S. L.

Miguel Ángel Manchado Flores. Centro Rehabilitación Psicosocial de Villaverde

Laura Membiela Ontoria. Mensajeros de la Paz

Dolores Perea Castro. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcalá de Henares

María José Planas García de Dios. Comunidad de Madrid

José María Regalado López. Inmersión TIC Academy

Inmaculada Urruela Arnal. ARRMi

M.ª Concepción Vicente Mochales. Universidad Complutense de Madrid

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)

Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología SEGG)

Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)

Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: **Belén Novillo García.** Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Tres Cantos

Vicedecana I: **Marta Cubero García.** Jefa de Servicio de Apoyo Social de la Agencia Madrileña para el Apoyo a las personas adultas con discapacidad

Vicedecana II: **Ana García Montero.** Juzgados de Familia de Madrid

Secretaria: **Verónica Gallego Obieta.** Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Paracuellos

Tesorero: **Rubén Yusta Tirado.** Profesor Ayudante Doctor en Universidad Pontificia Comillas

Vocales:

Miguel Ángel Alfaro González. Trabajador Social Sanitario en centro de salud de Atención Primaria

Diana Camafeita Fernández. Trabajadora Social en atención a personas con discapacidad intelectual

Raquel Garrido Gómez. Directora de un centro de servicios sociales del distrito de Carabanchel

M.ª Ángeles Martín Rodrigo. Jefa de servicio de Trabajo Social en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

Amelia Oviedo Romero. Dirección- Gerencia Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

Ana Valmala Almazán. Trabajadora Social en la Red de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

C/ Evaristo San Miguel, 4, Local

Madrid 28008. España

publicaciones@comtrabajosocial.com

Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80

www.comtrabajosocial.com

Editada en junio de 2025

Depósito Legal: M-36315-1993

ISSN: 1134-0991

ISSN electrónico: 2340-2539

D.O.I. prefix: 10.12960

Diseño y Maquetación: Ángel Sirvent

Impresión: Afanías Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

La publicación del número 103 de la revista, primer número de los dos previstos para 2025, supone una evolución en Trabajo Social Hoy hacia un modelo de publicación acorde a la realidad actual de la disciplina y del ámbito académico. Y es que esta publicación supone el primer número de la revista publicado en un formato de publicación continua, un modelo de publicación que permite una revisión y, sobre todo, una publicación individual de los artículos, que son tratados de forma individual, favoreciendo así la agilidad en su gestión. Todo esto repercute en una mayor cantidad de contenido disponible para los/as lectores/as y la posibilidad de que los y las autoras puedan ver publicado antes su trabajo.

De la misma forma, Trabajo Social Hoy mantiene la publicación de números completos. Al inicio de cada año, se irán publicando los artículos que van siendo revisados y aprobados por los y las revisoras de la revista en la web. Al llegar a finales de junio, todos esos artículos pasarán a formar parte del número en curso, editados y publicados en formato físico y digital, como hasta ahora. El mismo proceso se repetirá al inicio de julio y hasta finales de diciembre de cada uno de los años.

Como podréis comprobar en el presente número, esta forma de publicar también nos ha permitido cerrar un número con más publicaciones que en revistas anteriores, dejando a un lado la limitación a seis artículos por número que se había mantenido hasta el momento y priorizando la cantidad, y a la vez la calidad, de los trabajos publicados por y para la profesión.

En cuanto a los contenidos, el número 103 se presenta como uno de los volúmenes más variados, con artículos sobre Trabajo Social Sanitario, Cooperación Internacional, Infancia o cuidados, entre otros, y donde sobre todo, el Trabajo Social es protagonista. Como siempre, esperamos que estos sean de vuestro interés y que todos los cambios que vamos realizando, y todos los que aún están por llegar, sigan fomentando el reforzamiento de la profesión y animando a los y las profesionales a que participen en la divulgación científica de su actividad.

Rubén Yusta Tirado
Director de la revista
Trabajo Social Hoy



REVISIÓN DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PUBLICADA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

REVIEW OF EMPIRICAL EVIDENCE RELATED TO CAREGIVER BURDEN SYNDROME PUBLISHED IN THE LAST TEN YEARS

Ana Márquez Terraza
Universidad de Congreso - CONICET

Resumen: La transición demográfica y epidemiológica que el mundo está atravesando, provoca que aumenten las demandas de cuidado. En este contexto, el estudio del síndrome de sobrecarga se vuelve cada vez más relevante. En este trabajo se realizó una revisión de los trabajos de investigación empírica publicados entre el año 2013 y 2022 que abordaran la sobrecarga del cuidador. Se revisaron un total de 138 artículos, siguiendo un proceso de análisis de información cuantitativa y cualitativa. Se encontró que, si bien a nivel conceptual no hay acuerdo sobre la definición del concepto, no pasa lo mismo a nivel empírico. Además, se destaca la escasez de publicaciones de orden cualitativo. Finalmente se hace hincapié en la importancia de las intervenciones psicoeducativas con cuidadores, de las cuales se ha documentado ampliamente su efectividad.

Palabras Clave: Sobrecarga del cuidador, intervención psicoeducativa, cuidador, dependencia, depresión.

Abstract: The demographic and epidemiological transition that the world is going through causes the demands for care to increase. In this context, the study of overload syndrome becomes increasingly relevant. In this work, a review of empirical research papers published between 2013 and 2022 that addressed caregiver burden was carried out. A total of 138 articles were reviewed, following a process of quantitative and qualitative information analysis. It was found that, although at the conceptual level there is no agreement on the definition of the concept, the same does not happen at the empirical level. In addition, the scarcity of qualitative publications stands out. Finally, emphasis is placed on the importance of psychoeducational interventions with caregivers, whose effectiveness has been widely documented.

Keywords: Caregiver burden, psychoeducational intervention, carer, dependence, depression.

Referencia normalizada: Márquez, A. (2025). Revisión de la evidencia empírica relacionada con el síndrome de sobrecarga del cuidador publicada en los últimos diez años. *Trabajo Social Hoy*, 103(1), 1-23. Doi: 10.12960/TSH.2025.0001

Correspondencia: Ana Márquez Terraza. Email: terrazama@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

Ante la aparición de la enfermedad, sobre todo cuando la misma es de carácter crónico, surge la necesidad de brindar cuidados a la persona padeciente. En general los sistemas de cuidados pueden ser divididos en dos: cuidados formales (brindados por personas formadas y que reciben una remuneración) y cuidados informales (brindados por personas allegadas, generalmente familiares, que usualmente no reciben una compensación económica). Debido al bajo nivel socioeconómico y otros factores relacionados con los ingresos, el segundo grupo de cuidadores es el que predomina (Vélez Lopera *et al.*, 2012).

La familia es el grupo social al cual se le ha adjudicado la tarea de preparar a sus miembros ante la aparición de crisis y cambios que inciden en el bienestar de las personas. Además la familia desempeña un papel fundamental en los tratamientos porque puede hacer una identificación temprana de síntomas, asegurar el cumplimiento de las indicaciones y ayudar al enfermo en el proceso de rehabilitación cuando sea necesario (Pérez Sánchez *et al.*, 2014).

Las personas que asumen el rol de cuidadores se encuentran ante una serie de nuevos desafíos. Las limitaciones y síntomas que presenta la persona cuidada, se suman a una serie de repercusiones económicas, laborales, sociales, físicas, psicológicas y afectivas que la enfermedad y la tarea de cuidar conllevan (Zabala-Gualtero y Cadena-Sanabria, 2018). A pesar del rol clave que los y las cuidadores/as tienen para el tratamiento del enfermo, y la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, no siempre son tenidos/as en cuenta por el sistema de salud. La persona encargada del cuidado generalmente es vista como un recurso, y es valorada solo en la medida que implica un ahorro en la provisión de cuidados (Tirado Pedregosa *et al.*, 2011). Los cuidadores y cuidadoras reportan que ciertos ámbitos de la salud, como el ámbito hospitalario, llegan a resultar hostiles por el trato brindado (Quero Rufián *et al.*, 2005).

Esta situación genera una «carga», a la que se le ha dado diferentes nombres: crisis de sobrecarga, colapso, claudicación del cuidador, síndrome del cuidador principal, entre otros (Mendoza Suárez, 2014). Este síndrome está caracterizado principalmente por sentimientos de carga, estrés y tristeza (Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, 2007) with poor coping strategies. Objective: To stress the fact that the concept of caregiver burden syndrome (CBS). Si bien no posee un cuadro sintomatológico sistematizado, esto puede deberse a que va más allá del aspecto clínico, ya que implica repercusiones de índole social y económica (Cardona *et al.*, 2013). La conceptualización de este síndrome responde a una visión antropológica del proceso de salud-enfermedad, que va más allá de su aspecto sanitario y lo ubica en un contexto socio-cultural complejo (Tirado Pedregosa *et al.*, 2011).

Entre los factores que se asocian a la aparición del síndrome se encuentran factores relacionados con la actividad de la persona cuidadora, como la cantidad de horas de cuidado diarias, la cantidad de tiempo transcurrido desde el inicio del cuidado, el tipo de tareas realizadas, el cambio continuo de las mismas y la imprevisibilidad de cómo continuará la tarea. También existen factores relacionales, como la disfuncionalidad familiar. Así como factores relacionados con los recursos tanto personales (como la fortaleza emocional), como externos (inadecuado sistema de soporte formal, medios de transporte inadecuados, ambiente físico inadecuado, entre otros) (Suria, 2014).

Los factores personales tanto de la persona enferma, como del/de la cuidador/a, son considerados como moduladores de la aparición del síndrome. En la persona enferma se ha estudiado y comprobado el efecto de sus características personales como su edad (Espinosa *et al.*, 2018), su estado de ánimo, así como el tipo de enfermedad, su gravedad y pronóstico. En relación al/a la cuidador/a se ha encontrado evidencia de que factores como el género y la edad pueden influir. Pero también la personalidad del/de la cuidador/a, su estado de ánimo, sus estrategias de afrontamiento y la resiliencia son factores que modularán la aparición del síndrome de sobrecarga (Mesa Gresa *et al.*, 2017).

El desconocimiento acerca de las enfermedades también es un factor que colabora con la aparición del síndrome de sobrecarga. La necesidad más frecuente que los/as cuidadores/as expresan en diversas investigaciones es de información acerca de la evolución de las enfermedades. Otras necesidades reportadas refieren a la formación, la ayuda física, el acompañamiento en el duelo y el apoyo social (Navarro Martínez *et al.*, 2018).

Entre las consecuencias del síndrome se encuentran la reducción del tiempo de ocio y esparcimiento y la aparición de problemas en el contexto familiar. A nivel anímico se han encontrado reportes de depresión y ansiedad. La salud física también se ve afectada (Espinosa *et al.*, 2018). Además, en relación a la tarea de cuidado, la persona con sobrecarga suele descuidar aspectos básicos como la administración a horario de la medicación, el aseo adecuado, su correcta alimentación, entre otros. Esto lleva a una afectación de la salud de la persona cuidada. Por otro lado, entre los/las cuidadores/as con sobrecarga es más frecuente la aparición de conductas agresivas (Lovo, 2021).

Cabe destacar que este síndrome cobra especial relevancia en el contexto actual. La disminución de la mortalidad ha condicionado el aumento de las enfermedades crónicas que requieren más cuidados. Al mismo tiempo, la disminución de la natalidad ha llevado a que las familias tengan un carácter vertical. Esto indica que las generaciones jóvenes, capaces de responsabilizarse de los cuidados, tienen cada vez menos miembros. Esta situación, sumada a la incorporación de las mujeres al mercado laboral, crean un panorama en el que la provisión de cuidados se torna un desafío cada vez más complejo (Martínez Pizarro, 2020; Pérez Sánchez *et al.*, 2014; Tirado Pedregosa *et al.*, 2011; Zabala-Gualtero y Cadena-Sanabria, 2018). En esta revisión se busca aportar datos sobre la prevalencia del síndrome del cuidador en el contexto hispanohablante. Asimismo, se busca profundizar en las consecuencias de este síndrome, así como corroborar los factores asociados a la aparición y gravedad del mismo.

2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática del tema, siguiendo la metodología propuesta por Sánchez Meca (2010). El primer paso consistió en una búsqueda en las plataformas Scielo, JSTOR y Google Academic utilizando como términos claves: «sobrecarga del cuidador» y «cuidador», «carga del cuidado». Se obtuvo como resultado un total de 229 publicaciones que incluían los términos en el título.

Para seleccionar los artículos con los cuáles se trabajaría, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Que se trate de una publicación académica.
2. Qué exponga los resultados de una investigación empírica.
3. Que se mida o evalúe la sobrecarga del cuidador de alguna manera.
4. Que haya sido publicado en el período comprendido entre los años 2013 y 2022 en idioma español.

Luego de aplicar estos criterios, el corpus se redujo a un total de 138 documentos. Se establecieron como variables de estudio algunas características relacionadas con la publicación, como el año y el país de origen. Y algunas variables relacionadas con la metodología utilizada en los trabajos, así como con sus resultados. Se obtuvieron datos tanto cuantitativos como cualitativos que fueron analizados de manera diferencial.

Con los primeros se creó una matriz, que fue cargada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Los datos cualitativos fueron codificados de manera analógica, utilizando un diseño emergente. Se exploraron las relaciones más significativas entre el Síndrome del cuidador y otras variables estudiadas. Se crearon cinco categorías, conforme a la cantidad de evidencia disponible que confirmaba o refutaba las relaciones entre diferentes variables y el síndrome de sobrecarga.

3. RESULTADOS

De las 138 publicaciones analizadas, 94 (68,1%) son artículos de revistas académicas; 43 (31,2%) son tesinas de grado y tesis de posgrado; y una (0,7%) es un reporte de investigación de una universidad. Los países que cuentan con más publicaciones sobre la temática son Colombia con 30 publicaciones, Ecuador con 27 (la mayor parte tesinas), España con 22 y México con 20.

En relación a la metodología empleada, se encontró que existe un evidente predominio del método cuantitativo (utilizado en 124 publicaciones que representan un 89,9% del total). Solo se encontraron cinco investigaciones cualitativas, siete mixtas y dos estudios de caso.

En consonancia con ello, lo más frecuente fue que para evaluar la sobrecarga se utilizaran instrumentos psicométricos estandarizados. Entre ellos, la escala de Zarit, que mediante 22 ítems evalúa el nivel de sobrecarga del cuidador (Regueiro Martínez *et al.*, 2007; Tartaglini *et al.*, 2020), fue utilizado en el 88,4% de los trabajos. En cuatro publicaciones se reportó haber utilizado una versión abreviada de este instrumento. En seis trabajos se utilizó entrevista semidirigida. Un trabajo utilizó la «Escala psicosocial del cuidador» (Pérez Rodríguez *et al.*, 2017), otro trabajo la «Escala de conciencia de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador» (Bermejo *et al.*, 2017), otro la «Encuesta de caracterización para el cuidado de la diada GPC-UN-D» (Barrera-Ortiz *et al.*, 2016) y otro el «Índice de esfuerzo del cuidador» (Peña-Ibáñez *et al.*, 2016).

Con respecto a las personas que formaron parte de la muestra de las investigaciones, se destaca que solo en tres investigaciones se trabajó de manera exclusiva con cuidadores formales. En cinco de ellas se trabajó con muestras mixtas (con cuidadores formales e informales). Con cui-

dadadores informales se trabajó en 92 de las publicaciones, y dentro de este grupo 37 trabajaron con cuidadores primarios y dos con cuidadores primarios y secundarios. En 38 artículos no se especifica el tipo de cuidador.

Las edades de los participantes variaron entre un mínimo de 15 años y un máximo de 92. El promedio de las edades medias reportadas en los estudios fue de 50,07 años. En relación al género de los participantes, en todas las investigaciones donde se trabajó con muestras mixtas, las participantes de género femenino representaron siempre más del 50% de la muestra. Siendo el porcentaje mínimo de mujeres de 53,4% y la media del porcentaje de cuidadoras femeninas de 79,7%.

El término utilizado para referirse a sobrecarga presentó grandes variaciones, llegando a registrarse 12 términos diferentes que se referían a este fenómeno (ver Tabla 1). Aunque el término utilizado con mayor frecuencia fue «Sobrecarga del cuidador» (en el 36,2% de las publicaciones).

Tabla 1. Términos utilizados para referirse a la sobrecarga del cuidador

Términos utilizados	Frecuencia	Porcentaje
Sobrecarga del cuidador - sobrecarga del cuidador primario	50	36,2
Sobrecarga - carga	28	20,3
Síndrome de carga, sobrecarga	15	10,9
Síndrome del cuidador	13	9,4
Sobrecarga subjetiva - sobrecarga de cuidados percibida	11	8
Síndrome del cuidador cansado - quemado	9	6,5
Carga de trabajo del cuidador	2	1,4
Síndrome de desgaste profesional u <i>Occupational burnout</i>	2	1,4
Fenómeno de sobrecarga	1	0,7
Sobrecarga emocional	1	0,7
Colapso del cuidador	1	0,7
Cansancio del cuidador	1	0,7
Carga del cuidado	1	0,7

Fuente: Elaboración propia, 2023.

La cantidad de participantes que presentaron sobrecarga varió significativamente de un estudio al otro. El estudio que reportó menor cantidad de participantes con sobrecarga señaló que el 12% de los encuestados la presentaba (Díaz *et al.*, 2018), mientras que nueve estudios señalaban que el 100% de las personas evaluadas la presentaban. En promedio, se encontró que el 66,34% de las personas entrevistadas presentaban algún nivel de sobrecarga, con una desviación típica del 24,8%.

Se intentó determinar el origen de esta variabilidad entre los diferentes estudios. Para ello se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, la posible relación entre el porcentaje reportado de personas con sobrecarga de cada artículo, con el porcentaje de mujeres y la media de la edad de las personas entrevistadas. Sin embargo, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

También se realizó una comparación de grupos teniendo en cuenta el grupo etario al que pertenecían las personas cuidadas de cada investigación. Para ello se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y se comparó las investigaciones que trabajaban con cuidadores/as de niños/as y las que trabajaban con otro tipo de cuidadores/as. No hubo diferencias significativas en relación a la cantidad de personas con sobrecarga reportadas. Tampoco se encontraron diferencias entre las investigaciones que trabajaban con cuidadores/as de personas mayores y el resto.

También se realizó un análisis de los resultados informados en las investigaciones de nivel correlacional. Se hizo un recuento de las variables exploradas y se armaron 5 categorías. En la primera se colocaron las variables que presentan evidencia en contra de su relación con la sobrecarga. Son variables que fueron estudiadas en diferentes investigaciones en relación con la sobrecarga, pero en ninguna se encontró una relación significativa.

En la segunda categoría se encuentran variables que tienen casi la misma cantidad de evidencia a favor y en contra de su relación con la sobrecarga. En esta categoría se encuentran variables como el género, la edad, la ocupación, la remuneración recibida, el tipo de cuidador. Se puede ver que son variables relacionadas principalmente con el/la cuidador/a y las condiciones en las que desempeña su tarea. Esto puede explicar la gran variabilidad de los resultados encontrados entre diferentes investigaciones.

En la tercera categoría se ubicaron variables que, si bien tienen alguna evidencia en contra de su relación con la sobrecarga, la gran mayoría de las investigaciones aportan datos a favor de la existencia de una relación. En esta categoría se ubican la depresión y ansiedad del cuidador. Así como la funcionalidad familiar y el nivel de dependencia de la persona cuidada. Cabe destacar que esta última variable, es la que cuenta con mayor cantidad de evidencia que afirma la relación existente entre la misma y la sobrecarga, con un total de 15 investigaciones que reportan haber encontrado correlaciones significativas.

La cuarta categoría está conformada por variables que cuentan con una evidencia empírica consistente (más de cinco investigaciones) que evidencian su relación con la sobrecarga. Aquí se encuentran variables relacionadas con la salud del/de la cuidador/a y su calidad de vida. También el grado de parentesco y la frecuencia con la que se prestan los cuidados. Además, en esta categoría aparecen las investigaciones que evaluaban la efectividad de las intervenciones psicoe-

ducativas y de apoyo destinadas a cuidadores/as. Esto se debe a que en todos los artículos se informó cierto grado de éxito de las mismas.

Finalmente, en la quinta categoría se ubican las variables que, si bien han demostrado una correlación significativa con la sobrecarga, el número de investigaciones que la ha reportado es bajo (cuatro investigaciones o menos). Es un grupo heterogéneo donde se encuentran variables relacionadas el/la cuidador/a, el entorno y el/la paciente. Cabe destacar que las variables relacionadas con las consecuencias de la sobrecarga para el/la paciente, como la agresividad del cuidador, la malnutrición, o la probabilidad de muerte en las hospitalizaciones del/de la paciente, se encuentran en este grupo.

En la Tabla 2 pueden verse las variables agrupadas por categoría, y las referencias bibliográficas para su consulta.

Tabla 2. Variables estudiadas en relación al síndrome de sobrecarga del cuidador.

Variables que presentan evidencia en contra de su relación con la sobrecarga	
Pensamientos disfuncionales	(Castañeda Guerrero <i>et al.</i> , 2015)
Estrato socioeconómico	(Cardona <i>et al.</i> , 2013; Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013; Torres-Avedaño <i>et al.</i> , 2018)
Tiempo desde el diagnóstico	(Pérez Lancho <i>et al.</i> , 2015)
Nivel de Interleuquina del cuidador	(González de Mirena <i>et al.</i> , 2015)
Polifarmacia de la persona cuidada	(Prieto-Miranda <i>et al.</i> , 2015)
Frecuentar servicios de atención primaria	(Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014)
Medicación tomada por el cuidador	(Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014)
Control metabólico del paciente	(Viera Quishpe & Yugcha Pulloquina, 2016)
Autoestima del cuidador	(Nava Arquillo, 2015)
Número de personas que residen en el hogar	(Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013)
Edad del hijo menor del cuidador	(Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013)
Género del paciente.	(Sánchez Martínez <i>et al.</i> , 2016)

Variables que presentan evidencia a favor y en contra de su relación con la sobrecarga	
Género masculino	A favor: (Cabada Ramos & Martínez Castillo, 2017; Fernández Vega <i>et al.</i> , 2019; Islas Salas & Castillejos López, 2016)
Género femenino	A favor: (Cuentas, 2016; Delgado <i>et al.</i> , 2018; Gualpa Lema <i>et al.</i> , 2019; López Espuela <i>et al.</i> , 2015)
Género	En contra: (Cardona <i>et al.</i> , 2013; De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017; Islas Salas & Castillejos López, 2016; Piñeiro <i>et al.</i> , 2017; Vargas <i>et al.</i> , 2019; Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019)
Edad de la persona cuidada	A favor: (Cardona <i>et al.</i> , 2013)
	En contra: (Sánchez Martínez <i>et al.</i> , 2016)
Edad del cuidador	A favor: (Blanco <i>et al.</i> , 2019; Hernández-Piñero, 2020; Islas Salas & Castillejos López, 2016; Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013)
Trabajo fuera del hogar	A favor: (Blanco <i>et al.</i> , 2019)
	En contra: (Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014)
Tipo de cuidador (formal o informal)	A favor: (Borghi <i>et al.</i> , 2013; Cerquera Córdoba <i>et al.</i> , 2017)
	En contra: (Pedraza <i>et al.</i> , 2013)
Nivel de escolaridad del cuidador	A favor: (Muñoz-Campos <i>et al.</i> , 2015; Peña-Ibáñez <i>et al.</i> , 2016)
	En contra: (Cardona <i>et al.</i> , 2013; De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014; Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013; Pedraza <i>et al.</i> , 2013; Retamal-Matus <i>et al.</i> , 2015; Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019)
Estado civil	A favor: (Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013)
	En contra: (De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Pedraza <i>et al.</i> , 2013; Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019)

Cantidad de hijos	A favor: (Cardona <i>et al.</i> , 2013)
	En contra: (Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018)
Resiliencia	A favor: (Mantilla Carvajal & Vera Toala, 2016; Navarro-Abal <i>et al.</i> , 2019)
	En contra: (Cerquera Córdoba <i>et al.</i> , 2017)
Ocupación	A favor: (Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013)
	En contra: (Cardona <i>et al.</i> , 2013)
Remuneración por la tarea de cuidar	A favor: (Hernández-Piñero, 2020; Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018)
	En contra: (Cardona <i>et al.</i> , 2013; Retamal-Matus <i>et al.</i> , 2015)
Tiempo como cuidador	A favor: (Amador Ahumada <i>et al.</i> , 2020; Bello Pineda, Janeth Gabriela, 2014; Chamba Ortiz & Ojeda Orellana, 2019; Hernández-Piñero, 2020; Urbina Camacho & Zapata Freire, 2017)
	En contra: (Cañizares Coto, 2017; Cardona <i>et al.</i> , 2013; De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Piñeiro <i>et al.</i> , 2017; Prieto-Miranda <i>et al.</i> , 2015; Velásquez <i>et al.</i> , 2014)
Convivir con la persona cuidada	A favor: (Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017; Silva Chávez & Pérez Villegas, 2015)
	En contra: (Cardona <i>et al.</i> , 2013)
Ayuda recibida	A favor: (Hernández-Piñero, 2020; Peña-Ibáñez <i>et al.</i> , 2016; Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018)
	En contra: (De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017)

Variables que presentan gran cantidad de evidencia a favor de su relación con la sobrecarga, y menor cantidad de evidencia en contra	
Depresión	A favor: (Dzul-Gala <i>et al.</i> , 2018; Feldberg <i>et al.</i> , 2016; Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017; Hernández-Piñero, 2020; Islas Salas & Castillejos López, 2016; Nava Arquillo, 2015; Navarro-Sandoval <i>et al.</i> , 2017; Piñáñez García <i>et al.</i> , 2016; Vasco Morales, 2016)
	En contra: (Cabada Ramos & Martínez Castillo, 2017)
Ansiedad	(Gualpa Lema <i>et al.</i> , 2019; Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017; Muñoz Tapia & Proaño López, 2015; Nava Arquillo, 2015; Vasco Morales, 2016)
Funcionalidad familiar	A favor: (Cantorán Ramírez & Carrillo Flores, 2017; Cañizares Coto, 2017; Hernández-Piñero, 2020; Nava Arquillo, 2015; Vasco Morales, 2016)
	En contra: (Flores Fernández, 2020)
Grado de dependencia de la persona cuidada	A favor: (Abata Erazo & Guijarro Revelo, 2016; Aguilera Flórez <i>et al.</i> , 2016; Almeyda Ramos, 2018; Arnedo Arrieta <i>et al.</i> , 2013; Bello Pineda, Janeth Gabriela, 2014; Cardona <i>et al.</i> , 2013; Chamba Ortiz & Ojeda Orellana, 2019; Guerra Ugaz & Salazar Usquiano de Plaza, 2019; Heredia Ruiz & León Hernández, 2014; Mendoza Suárez, 2014; Rodríguez-Medina & Landeros-Pérez, 2014; Salazar Maya <i>et al.</i> , 2020; Salazar-Torres <i>et al.</i> , 2019; Silva Chávez & Pérez Villegas, 2015)
	En contra: (Carmona Berrios & Bracho de López, 2008; Piñeiro <i>et al.</i> , 2017; Velásquez <i>et al.</i> , 2014)

Variables que presentan gran cantidad de evidencia empírica de su relación con el síndrome de sobrecarga	
Frecuencia con la que se prestan los cuidados	A favor: (Cardona <i>et al.</i> , 2013; De Valle-Alonso <i>et al.</i> , 2015; Hernández-Cantú <i>et al.</i> , 2017; Hernández-Piñero, 2020; Ortiz Claro <i>et al.</i> , 2013; Prieto-Miranda <i>et al.</i> , 2015; Rodríguez-González <i>et al.</i> , 2017; Salazar-Torres <i>et al.</i> , 2019; Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018; Ulloa Lozano, 2015; Urbina Camacho & Zapata Freire, 2017; Viera Quishpe & Yugcha Pulloquina, 2016)
Intervenciones psicoeducativas	(Arellano González, Johana Alexandra & Esparza Zapata, Silvia Fernanda, 2015; Carreño-Moreno <i>et al.</i> , 2018; García-Cardoza <i>et al.</i> , 2018; Macaya <i>et al.</i> , 2020; Pérez Rodríguez <i>et al.</i> , 2017; Rojas, 2020; Rossón <i>et al.</i> , 2013; Sánchez Martínez <i>et al.</i> , 2016)
Grado de parentesco	(Cañizares Coto, 2017; Hernández-Piñero, 2020; Li Quiroga, 2014; Peña-Ibáñez <i>et al.</i> , 2016; Piñáñez García <i>et al.</i> , 2016; Rodríguez-González <i>et al.</i> , 2017)
Salud del cuidador	(Bello Pineda, Janeth Gabriela, 2014; Cardona <i>et al.</i> , 2013; Cuentas, 2016; Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014; Feldberg <i>et al.</i> , 2016; Hernández-Piñero, 2020; Piñero <i>et al.</i> , 2017; Rodríguez-González <i>et al.</i> , 2017; Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018; Zoila Romero, María Cuba, 2013)
Calidad de vida del cuidador	(Delgado Parada <i>et al.</i> , 2014; García Mesa <i>et al.</i> , 2020; Hernández Llanos & Mora Ramírez, 2016; López Espuela <i>et al.</i> , 2015; Ortunio <i>et al.</i> , 2016; Pinzón & Carrillo, 2016)
Variables que presentan poca cantidad de evidencia empírica de su relación con el síndrome de sobrecarga	
Neuroticismo del cuidador	(Blanco <i>et al.</i> , 2019)
Apoyo social percibido	(Blanco <i>et al.</i> , 2019; Nava Arquillo, 2015; Navarro Pérez & Carbonell Marqués, 2018; Reyes Rojas <i>et al.</i> , 2019)
Bienestar psicológico	(Muñoz Aspiazú, 2019)

Estrés del cuidador	(González de Mirena <i>et al.</i> , 2015)
Escolaridad del paciente	(Muñoz-Campos <i>et al.</i> , 2015)
Adherencia al tratamiento	(Pérez Toro & Quispe Huanachin, 2018)
Haber abandonado actividades para dedicarse al cuidado	(Cardona <i>et al.</i> , 2013; Torres-Avenidaño <i>et al.</i> , 2018; Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019)
Agresividad del paciente	(Rodríguez-González <i>et al.</i> , 2017)
Maltrato por parte del cuidador	(Abata Erazo & Guijarro Revelo, 2016; Heredia Ruiz & León Hernández, 2014)
Capacidad de comunicación del paciente	(Martínez-Urquijo & Morís-de la Tassa, 2019)
Participación en asociaciones	(Navarro Pérez & Carbonell Marqués, 2018; Navarro-Abal <i>et al.</i> , 2019)
Malnutrición del paciente	(Delgado-Cortés <i>et al.</i> , 2018)
Defunción del paciente en hospitalizaciones	(Muñoz-Campos <i>et al.</i> , 2015)
Cantidad y complejidad de tareas del cuidador	(Cardona <i>et al.</i> , 2013; Ruiz <i>et al.</i> , 2014)
Institucionalización del paciente	(Narváes Bravo & Martínez Martínez, 2016)
Experiencia del cuidador	(Hernández-Piñero, 2020)
Religiosidad	(Hernández-Piñero, 2020)
Severidad de los síntomas psicológicos y conductuales en el paciente	(Feldberg <i>et al.</i> , 2016; Hernández-Piñero, 2020; Silva Chávez & Pérez Villegas, 2015)
Gravedad de la enfermedad	(Caqueo-Urizar <i>et al.</i> , 2013; Cardona <i>et al.</i> , 2013; Ulloa Lozano, 2015)
Insatisfacción familiar	(Nava Arquillo, 2015)
Estilo de afrontamiento dirigido a la emoción y la evitación	(Sánchez, 2019)
Autoeficacia	(Pablo Santiago <i>et al.</i> , 2016)

Fuente: Elaboración propia, 2023.

4. CONCLUSIONES

La producción científica en torno a la sobrecarga de los y las cuidadores y cuidadoras es prolífica. Sin embargo, aún hay baches en el conocimiento de este fenómeno. En primer lugar, se encontró que no existe un acuerdo en la denominación de este síndrome. En esta exploración bibliográfica se registraron un total de 13 maneras diferentes de denominarlo. Con la definición conceptual sucede algo parecido. Sin embargo, hay un alto nivel de acuerdo en lo que respecta a la definición operacional. La mayor parte de las investigaciones cuantitativas utilizan la escala de sobrecarga de Zarit.

En relación a la investigación empírica, cabe destacar la disparidad existente entre investigaciones cuantitativas y cualitativas. Teniendo en cuenta que este síndrome se caracteriza por un intenso malestar subjetivo, llama la atención que sea un aspecto escasamente estudiado. Comprender mejor la experiencia de los/las cuidadores/as, a partir de investigaciones cualitativas, podría ser un gran aporte para lograr una definición más precisa del fenómeno.

Cabe destacar que, en cuanto a las relaciones entre el síndrome de sobrecarga y otras variables, se han hecho importantes avances. Se ha comprobado, con cierto grado de certeza, las consecuencias que esta condición trae sobre el/la cuidador/a. Se ha comprobado la relación entre el síndrome de sobrecarga y los síntomas de ansiedad, depresión y malestar físico en los/as cuidadores/as. También se ha comprobado la relación entre algunas características del cuidado, como la frecuencia, la dificultad de las tareas, o el nivel de dependencia del sujeto y el síndrome de sobrecarga.

Lo que resta por estudiar en profundidad, que son variables que aún no cuentan con suficiente evidencia empírica, son los factores protectores frente al síndrome de sobrecarga. Hay evidencia parcial sobre el efecto positivo de resiliencia, la autoeficacia, la participación en asociaciones. Sin embargo, la información recolectada hasta el momento es incipiente. Igualmente, los efectos que tiene la sobrecarga del/de la cuidador/a sobre el/la paciente, también es un área incipiente de investigación, con poca evidencia recolectada.

Finalmente, cabe destacar la importancia de las intervenciones psicoeducativas con los cuidadores. Las experiencias registradas en esta revisión fueron muy variadas, pero todas lograron aportar bienestar a los/las cuidadores/as y/o a los/as pacientes. Es por ello que se debe insistir en la importancia de incluir a las personas cuidadoras en los tratamientos, como pacientes y como cotrabajadores. Se les deben brindar herramientas para cuidar su propia salud, y para desempeñar su tarea de cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abata Erazo, A. P., y Guijarro Revelo, V. A. (2016). *Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período de septiembre a noviembre de 2016*. [Tesis de Especialización, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Red de Repositorios Latinoamericanos. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2968376>
- Aguilera Flórez, A. I., Castrillo Cineira, E. M., Linares Fano, B., Carnero García, R. M., Alonso Rojo, A. C., López Robles, P. y Prieto Velasco, M. (2016). Análisis del perfil y la sobrecarga del

- cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 359-365.
- Almeyda Ramos, V. V. (2018). *Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30259>
- Amador Ahumada, C., Puello Alcocer, E. C. y Valencia Jiménez, N. N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e1463.
- Arellano González, J. A. y Esparza Zapata, S. F. (2015). *Técnica de solución de problemas en la sobrecarga de cuidadores directos de personas con discapacidad de la fundación «Protección y descanso» de Riobamba, período noviembre 2014-abril 2015*. [Tesis, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/988>
- Arnedo Arrieta, S. M., Domínguez Caro, D. R., Guzmán Pereira, Y. del P., Ospino Barrios, A. P. y Serpa Escobar, Y. P. (2013). *Sobrecarga del cuidador y funcionalidad de niños en situación de discapacidad en una institución de Cartagena, 2013*. [Tesis, Universidad de Cartagena]. Repositorio UdeC. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/2466?show=full&locale-attribute=es>
- Barrera-Ortiz, L., Campos, M. S., Gallardo-Solarte, K., Coral-Ibarra, R. del C. y Hernández-Bustos, A. (2016). Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Universidad y Salud*, 18(1), 102-112.
- Bello Pineda, J. G. (2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Bermejo, J. C., Villaceros, M. y Hassoun, H. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos*, 28(3), 116-120.
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., López, L. y Vázquez, F. L. (2019). Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.005>
- Borghi, A. C., Castro, V. C. de, Marcon, S. S. y Carreira, L. (2013). Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 876-883. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400007>

- Cabada Ramos, E. y Martínez Castillo, V. A. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*, 27(1), Article 1.
- Cantorán Ramírez, S. y Carrillo Flores, G. (2017). *Funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama de la UMF 75 Nezahualcóyotl*. [Tesis de Especialización, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional de la UAEMex. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/64297>
- Cañizares Coto, V. (2017). *Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo período de marzo a octubre de 2016*. [Tesis de Especialización, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10447>
- Caqueo-Urizar, A., Segovia-Lagos, P., Urrutia-Urrutia, Ú., Castillo, C. M. y Lechuga, E. N. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), Article 1. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41950
- Cardona, M. D., Segura, A. M., Berbesí, D. Y. y Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), Article 1.
- Carmona Berrios, Z. E. y Bracho de López, C. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 12(2), Article 2.
- Carreño-Moreno, S., Chaparro-Díaz, L., Criado, L., Vega, O. M., Cuenca, I. y Cuenca, I. (2018). Magnitud de efecto de un programa dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Nova*, 16(29), 11-20.
- Castañeda Guerrero, D. M., Romero Ríos, M. C. y Santamaría Pinzón, M. L. (2015). *Pensamientos disfuncionales y sobrecarga emocional en cuidadores primarios de pacientes con demencia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Santo Tomás]. CRAiUSTA. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/3293>
- Cerquera Córdoba, A. M., Uribe Rodríguez, A. F., Matajira Camacho, Y. J. y Correa Gómez, H. V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor (Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly). *PSICOGENTE*, 20(38), Article 38. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2561>
- Chamba Ortiz, P. A. y Ojeda Orellana, K. P. (2019). Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg, 2017. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(1), Article 1. <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.01.02>
- Cuentas, M. C. (2016). Carga subjetiva y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de niños con discapacidad y niños con multidiscapacidad. *Revista de Psicología*, 6(2), Article 2.

- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L. y Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y *burnout* en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Delgado, C. E. Y., Arango, A. L., Salazar, A., Arango, E. M., Jaramillo, A. L., Mora, J. E. y Posada Zapata, I. C. (2018). El oficio de cuidar a otro: "Cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado". *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), Article 2. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6771>
- Delgado Parada, E., Suárez Alvarez, Ó., de Dios del Valle, R., Valdespino Páez, I., Sousa Ávila, Y. y Braña Fernández, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(2), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.006>
- Delgado-Cortés, H. M., Sandoval-Flores, M. G., Alonso-Bello, C. D., Rivera-Pérez, R., Martínez-Esteves, M. del R. y Conde-Mercado, J. M. (2018). Relación de la sobrecarga del cuidador y el estado funcional con malnutrición en geriatría. *Revista del Hospital Juárez de México*, 85(1), 20-25.
- Díaz, K., Ramones, M., Vargas, E. y Alejo, M. (2018). Sobrecarga del cuidador familiar principal en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica según la escala de Zarit. *Salud, Arte y Cuidado*, 11(1), Article 1.
- Dzul-Gala, F., Tun-Colonia, J. A., Arankowsky-Sandoval, G., Pineda-Cortes, J. C., Salgado-Burgos, H. y Pérez-Padilla, E. A. (2018). Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares. *Revista Biomédica*, 29(3), 61-69.
- Espinosa, D., Guzmán, J. A., Bautista, N. V. y Ramos, J. A. (2018). Carga de trabajo del Cuidador del Adulto Mayor. *CINA RESEARCH*, 2(3), Article 3.
- Feldberg, C., Saux, G. I., Tartaglini, M. F., Irrazabal, N. C., Leis, A. M., Rojas, G., Somale, V., Cáceres, F., Demey, I., Allegri, R. F. y Stefani, D. (2016). Factores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal. Resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 259-266.
- Fernández Vega, D., Lorenzo Ruiz, A. y Zaldivar Vaillant, T. (2019). Carga en cuidadores informales primarios de personas adultas con enfermedades neurológicas crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45, e1510.
- Flores Fernández, A. G. (2020). *Funcionalidad familiar y su relación con el síndrome del cuidador cansado en familias con miembros discapacitados de la parroquia Checa del Distrito Metropolitano de Quito, durante noviembre 2018-mayo 2019*. [Tesis de Maestría, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20895>

- García-Cardoza, I. I., Zapata-Vázquez, R., Rivas-Acuña, V. y Quevedo-Tejero, E. del C. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario*, 17(2), 131-140. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2039>
- García Mesa, D., Delgado-Reyes, A. C. y López, J. V. S. (2020). Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios de población infantil con Trastorno del Espectro Autista de la ciudad de Manizales. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.18270/chps.v20i2.3666>
- González de Mirena, E., Gil, Y., Younes, T., Molina, A., Mejías, A., Rubio, A., Superlano, L., Perrelli, A. y Calzolaio, V. (2015). Estrés, sobrecarga e interleuquina pro-inflamatoria (IL1) y anti-inflamatoria (IL4) en cuidadores de pacientes oncológicos. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 13(2), 78-85.
- Gualpa Lema, M. C., Yambay Bautista, X. R., Ramírez Coronel, A. A. y Vázquez Cárdenas, A. L. (2019). Carga laboral y ansiedad encuidadores de personas con discapacidad severa. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(95), Article 95.
- Guerra Ugaz, S. T. y Salazar Usquiano de Plaza, C. del P. (2019). *Grado de carga del cuidador familiar asociado al grado de dependencia del adulto mayor atendido en el servicio de hospitalización - Hospital Essalud - Ferreñafe, 2017*. [Tesis, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/4418>
- Heredia Ruiz, M. R. y León Hernández, E. I. (2014). *Valoración del fenómeno de sobrecarga del cuidador y su relación con el maltrato infringido a pacientes neurológicos en el servicio de neurología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el período de enero-marzo del 2014*. [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. En Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/7342>
- Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K. S., Villegas-García, V. E. y Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3), 213-220.
- Hernández Llanos, M. J. y Mora Ramírez, G. M. (2016). *Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal de personas con secuela de accidente cerebro vascular, en una clínica de Chiclayo 2015*. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4244>
- Hernández-Piñero, L. (2020). Caracterización de ancianos con síndrome demencial y de sus cuidadores». *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 45(2), Article 2. <http://revzoiilmarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2114>
- Islas Salas, N. L. y Castillejos López, M. de J. (2016). Prevalencia de sobrecarga, depresión y nivel de dependencia en cuidadores primarios informales de niños con lesión cerebral de un centro de rehabilitación infantil. *Psicología y Salud*, 26(1), Article 1.

- Li Quiroga, M. L. C. (2014). *Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el período octubre-diciembre 2013*. [Tesis, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de Tesis USAT. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/303>
- López Espuela, F., González Gil, T., Jiménez Gracia, M. A., Bravo Fernández, S. y Amarilla Donoso, J. (2015). Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enfermería clínica*, 25(2), 49-56.
- Lovo, J. (2021). Influencias del colapso del cuidador sobre el paciente. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(1), 47-48.
- Macaya, M. C., Muro, Y. L. y Pacheco, I. (2020). Intervención enfermera para el estudio de la salud percibida por cuidadores: Talleres dirigidos a formar al cuidador. *European Journal of Health Research*, 6(2), 145-156.
- Mantilla Carvajal, R. E. y Vera Toala, R. A. (2016). *La resiliencia como factor de mitigación del síndrome de carga en el cuidador principal de pacientes con discapacidad severa, correspondientes al distrito de salud de Calderón de septiembre a noviembre de 2016*. [Tesis de Especialización]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13280/TESIS%20RESILIENCIA%20Y%20SINDROME%20DE%20CARGA.pdf>
- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100.
- Martínez-Urquijo, A. y Morís-de la Tassa, G. (2019). La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer influye negativamente en los síntomas depresivos del cuidador. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(2), 5-16.
- Mendoza Suárez, G. (2014). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 27(1), Article 1.
- Mesa Gresa, P., Ramos Campos, M. y Redolat Iborra, R. (2017). Cuidado de pacientes oncológicos: Una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 14(1), 93-106.
- Muñoz Aspiazu, S. S. (2019). *Síndrome del cuidador, su influencia en el bienestar psicológico de un custodio de adultos mayores*. [Tesis, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6264>
- Muñoz Tapia, K. B. y Proaño López, A. R. (2015). *Comparación de ansiedad y sobrecarga de trabajo entre cuidadores informales de niños de 0 a 17 años con cardiopatías congénitas y parálisis cerebral infantil en la consulta externa de pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín en los meses de septiembre a noviembre de 2014*. [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/11951>

- Muñoz-Campos, N. M., Lozano-Nuevo, J. J., Huerta-Ramírez, S., Escobedo-de la Cruz, R. C., Torres-Reyes, P. y Loaiza-Félix, J. (2015). Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Medicina Interna de Mexico*, 31(5), 528-535.
- Narváes Bravo, M. L. y Martínez Martínez, D. (2016). Caracterización del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer mediante la escala Zarit. *Inclusión y Desarrollo*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.3.1.2016.101-107>
- Nava Arquillo, B. (2015). *Convivencia con un drogodependiente: Consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador*. [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/36582>
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A. y Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33, 268-271. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Navarro Martínez, M., Jiménez Navascués, L., García Manzanares, M. a C., Perosanz Calleja, M. de y Blanco Tobar, E. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: Intervenciones de enfermería. *Gerokomos*, 29(2), 79-82.
- Navarro Pérez, J. J. y Carbonell Marqués, Á. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029403351>
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L. C., Delgado-Quiñones, E. G. y Sahagún-Cuevas, M. N. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 25-31.
- Ortiz Claro, Y. G., Lindarte Clavijo, A. A., Jiménez Sepúlveda, M. A. y Vega Angarita, O. M. (2013). Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Revista Cuidarte*, 4(1), 459-466.
- Ortunio, M., Herrera Leonet, E. y Guevara Rivas, H. (2016). Síndrome de carga y calidad de vida del cuidador de pacientes pediátricos. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 17(1), 1-17.
- Pablo Santiago, R., Domínguez Trejo, B., Peláez Hernández, V., Rincón Salazar, S. y Orea Tejeda, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 152-158.
- Pedraza, Á. M., Rodríguez-Martínez, C. E. y Acuña, R. (2013). Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. *Biomédica*, 33(3), 361-369. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.813>

- Peña-Ibáñez, F., Álvarez-Ramírez, M. Á. y Melero-Martín, J. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería Global*, 15(43), 100-111.
- Pérez Lancho, M. C., Carrasco Calzada, A., Sánchez Cabaco, A., Urchaga Litago, J. D., Fernández Mateos, L. M. y Barahona Esteban, N. (2015). Influencia del tipo de demencia y tiempo de evolución en el estado del cuidador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 103-114.
- Pérez Rodríguez, M., Álvarez Gómez, T., Martínez Badaló, E. J., Valdivia Cañizares, S., Borroto Carpio, I. y Pedraza Núñez, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzhéimer. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(1), Article 1.
- Pérez Sánchez, L., Oropeza Tena, R., Peñaloza, J. L. y Rodríguez, C. C. (2014). Perspectiva sistémica del cuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 784-801.
- Pérez Toro, L. y Quispe Huanachin, E. (2018). *Carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental Huancavelica 2018*. [Tesis, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio UNH. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2152>
- Pinzón, E. A. y Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08>
- Piñáñez García, M. C., Re Domínguez, M. L. y Núñez Cantero, A. M. (2016). Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores. *Revista de salud pública del Paraguay*, 6(2), Article 2.
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C. y Ferradás, M. del M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), Article 3. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>
- Prieto-Miranda, S. E., Arias-Ponce, N., Muñoz, E. Y. V. y Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 31(6), 660-668.
- Quero Rufián, A., Briones Gómez, R., Prieto González, M. Á., Pascual Martínez, N., Navarro López, A. y Guerrero Ruiz, C. (2005). Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 14-17.
- Regueiro Martínez, A. Á., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M. y Ferreiro Cruz, M. C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria». *Atención Primaria*, 39(4), 185-188. <https://doi.org/10.1157/13100841>

- Retamal-Matus, H., Aguilar, L., Aguilar, M., González, R. y Valenzano, S. (2015). Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Psicogeriatría*, 5(3), 119-124.
- Reyes Rojas, M., Flórez Enciso, E., Coronel Brochero, L. y Cadena Wilches, A. (2019). Sobrecarga, calidad de vida, bienestar en cuidadoras de niños con discapacidad en dos regiones de Colombia. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 16(Extra 2), 134-145. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2948>
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á. y Clavería, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
- Rodríguez-Medina, R. M. y Landeros-Pérez, M. E. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 11(3), 87-93. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)72671-5](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)72671-5)
- Rojas, K. Y. (2020). Programas de respiro en el domicilio y acompañamiento a las personas cuidadoras primarias, una estrategia clave para humanizar la relación de cuidados en el ámbito familiar: El caso de Alkar Zaintzen. *Revista de Servicios Sociales*, 73, 61-78. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.73.05>
- Rossón, S., Fuentealba, C., Hormazábal, C., Villena, C. y Briebe, F. (2013). Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(1), Article 1. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.26639>
- Ruiz, M. A. V., García, C. de la C., Navarrete, R. A. M., Hernández, C. M. M. y Reyna, M. de los Á. V. (2014). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 151-160.
- Salazar Maya, Á. M., Cardozo García, Y. y Escobar Ciro, C. L. (2020). Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>
- Salazar-Torres, L. J., Castro-Alzate, E. S. y Dávila-Vásquez, P. X. (2019). Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002>
- Sánchez, E. N. (2019). *Relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés en cuidadores formales de pacientes gerontes con demencia en la ciudad de Paraná*. [Tesis, Pontificia Universidad Católica Argentina]. Repositorio UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9034>

- Sánchez Martínez, R. T., Molina Cardona, E. M. y Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: Un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Sánchez Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula abierta*, 38(2), 53-64.
- Silva Chávez, P. D. y Pérez Villegas, V. E. (2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito núm. 1 de la Policía en el período comprendido entre octubre de 2014 y enero de 2015*. [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/8876>
- Suria, E. S. (2014). Cansancio del rol de cuidador: Análisis de sus factores relacionados. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 6(3), Article 3.
- Tartaglini, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., Nuñez, M. L. y Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>
- Tirado Pedregosa, Gerardo, López-Saez López, Asunción, Capilla Díaz, Concepción, Correa Brenes, A. y Geidel Domínguez, B. (2011). La Valoración en el Síndrome del Cuidador. *Desarrollo científico de enfermería*, 19(3), 102-106.
- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M. y Berbesi-Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20(3), Article 3. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Ulloa Lozano, M. M. (2015). *Sobrecarga de cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral que acuden al Centro de Rehabilitación Integral Especializado, núm. 5*. [Tesis, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional UAZAY. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4981>
- Urbina Camacho, M. de los Á. y Zapata Freire, G. A. (2017). *Síndrome de sobrecarga del cuidador y su relación con el cuidado de personas con discapacidad grave y muy grave registrados en el Centro de Salud núm. 2 «Las Casas» y pertenecientes al distrito 17d05 en la ciudad de Quito, 2016*. [Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/12982>
- Vargas, S., Andres, D. V. y Morales, J. (2019). Nivel de carga de trabajo en cuidadores del adulto mayor residentes en albergues de Lima Norte. *Revista Peruana de investigación en salud*, 3(2), 76-80. <https://doi.org/10.35839/repis.3.2.263>
- Vasco Morales, P. A. (2016). *Correlación existente en cuidadores acerca del nivel de sobrecarga, grado de depresión y nivel de ansiedad en la atención de pacientes de la fundación Jóvenes contra el Cáncer, de la ciudad de Quito, durante el año 2015*. [Tesis Pontificia Universidad Católica del

Ecuador]. Red de Repositorios Latinoamericanos. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2966285>

Velásquez, V. F., López, L. y Barreto, Y. (2014). Cuidadores familiares campesinos: Carga de cuidado, tiempo de cuidado y grado de funcionalidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(2), Article 2. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-2.cfcc>

Vélez Lopera, J. M., Berbesí Fernández, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A. y Ordóñez Molina, J. (2012). Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención Primaria*, 44(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>

Viera Quishpe, D. B. y Yugcha Pulloquina, S. E. (2016). *Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Chimbacalle, en el período comprendido entre junio a julio del 2016*. [Tesis de Especialización, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/12591>

Zabala-Gualtero, J. M. y Cadena-Sanabria, M. O. (2018). Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Carga del Cuidador: La importancia de cuidar al cuidador. *Medicas UIS*, 31(1), 9-14. <https://doi.org/10.18273/revmed.v31n1-2018001>

Zambrano Cruz, R. y Ceballos Cardona, N. P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.

Zepeda-Álvarez, P. J. y Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5.

Zoila Romero, M.^a C. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*, 24(3), 204-209.



TRABAJO SOCIAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO: UN ANÁLISIS DE LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA Y LAS PUBLICACIONES ACADÉMICAS EN ESPAÑA

SOCIAL WORK AND INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION: AN ANALYSIS OF UNIVERSITY EDUCATION AND ACADEMIC PUBLICATIONS IN SPAIN

Manuel Sánchez-Moreno

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

María del Mar Rodríguez-Brioso

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Jesús M. Pérez Viejo

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Esther Acevedo Alcaraz

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Resumen: El avance social comunitario en los países en vías de desarrollo es fundamental para fomentar el trabajo con comunidades, siendo este un pilar fundamental del Trabajo Social en la Cooperación Internacional al Desarrollo para conseguir el bienestar social. El objetivo es analizar la presencia de la Cooperación Internacional al Desarrollo en la educación universitaria y publicaciones académicas en España. Para ello, se han analizado 41 universidades españolas. El estudio comprueba que existe barreras que dificultan su incorporación generalizada, aunque se contemplen asignaturas de cooperación internacional al desarrollo en los estudios de Trabajo Social. La reflexión ética y el compromiso práctico con proyectos internacionales son clave para formar profesionales competentes en el contexto global actual.

Palabras Clave: Trabajo Social, Cooperación Internacional al Desarrollo, Universidad, Grado, Artículos Científicos, Formación.

Abstract: Community-based social advancement in developing countries is fundamental to fostering work with communities, which is a fundamental pillar of Social Work in International Development Cooperation in order to achieve social welfare. The aim of this article is to analyze the presence of International Development Cooperation in university education and the academic publications of Social Work in Spain. To this end, the 41 Spanish universities have been analysed. The research confirms there are barriers that hinder its widespread incorporation although in Social Work studies in Spanish universities are contemplated subjects that international development cooperation. Ethical reflection and practical engagement with international projects are key to training competent professionals in today's global context.

Keywords: Social Work, International Development Cooperation, University, Degree, Scientific Articles, Training.

Referencia normalizada: Sánchez-Moreno, M., Rodríguez-Brioso, M. M., Pérez, J. M y Acevedo, E. (2025) Trabajo Social y Cooperación Internacional al Desarrollo: un análisis de la educación universitaria y las publicaciones académicas en España. *Trabajo Social Hoy* 103(1), 1-21. Doi: 10.12960/TSH.2025.0002

Correspondencia: Esther Acevedo Alcaraz. Email: esther.acevedo@unir.net

1. INTRODUCCIÓN

La Cooperación Española da su propia definición de cooperación internacional para el desarrollo como «el conjunto de actuaciones que contribuyen al desarrollo humano y sostenible, la disminución de la pobreza y el pleno ejercicio de los derechos en una sociedad más justa» (Cooperación Española, s.f., párr. 1). Estas acciones pueden ser promovidas tanto por actores públicos (Estados) como privados (ONG) para generar el progreso económico y social en aquellas zonas del planeta más desfavorecidas, procurando que sea sostenible, inclusivo y equitativo con el fin de fomentar la justicia e igualdad entre las personas en las diferentes sociedades.

Estamos ante un ámbito de trabajo relativamente nuevo que se articula tras la Segunda Guerra Mundial (Gómez, 2008). La comunidad internacional establece entonces diversas acciones de cooperación como la creación de las Naciones Unidas o la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Estas relaciones se tradujeron en el Plan de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas, que asistió a millones de refugiados entre 1944 y 1947, constituyendo un factor determinante en la recuperación europea durante la posguerra.

Por otro lado, los Estados Unidos lanzaron el Plan Marshall —oficialmente llamado European Recovery Program (ERP)— (1948-1952), un fuerte desembolso económico para reconstruir Europa. Para gestionar esta ayuda, se creó en 1948 la Organización Europea para la Cooperación Económica (OECE), que en 1961 se convertiría en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el organismo que gestiona la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), como principal canalización de fondos hacia los países en desarrollo. Es decir, con el tiempo y una vez superadas las consecuencias económicas de la Segunda Guerra Mundial, la OCDE se convirtió en el «club» de los países desarrollados, ricos o industrializados —que aquí llamaremos Norte Global— orientados a ayudar a los países en desarrollo, empobrecidos o del Tercer Mundo —que aquí llamaremos Sur Global—.

A pesar de ello, no se ha dejado de buscar mejoras técnicas y financieras que han tendido a modelos de colaboración basados en la horizontalidad, el interés mutuo, la transparencia y la justificación de cuentas, que permitan establecer alianzas entre países en desarrollo y desarrollados, para un trabajo de mutua responsabilidad y con el fin de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Gómez, 2008; ONU, s.f.).

En todo ello, el avance social comunitario en los países en vías de desarrollo es fundamental. Y el trabajo con comunidades constituye el pilar fundamental del Trabajo Social en la Cooperación Internacional al Desarrollo para conseguir el bienestar social (Hidalgo, 2013). Es una práctica organizada y realizada por profesionales del ámbito de la intervención social con unos objetivos comunes (Barbero y Cortès, 2005). Pretende poner en marcha actividades que promuevan el desarrollo social mediante labores que promuevan la organización y movilización de los grupos, creando un nuevo tejido social con capacidad de agencia y de transformación de problemáticas colectivas. De hecho, Ander-Egg (1989) ya hablaba de la necesidad del trabajo comunitario con pueblos empobrecidos, considerando a estas personas como actores y protagonistas de su vida, en línea con el desarrollo multidimensional propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Como la organización del sistema de Cooperación Internacional al Desarrollo, el desarrollo comunitario se inicia también tras la Segunda Guerra Mundial (Gómez, 2008), de hecho, se puede decir que es una primera herramienta de la cooperación. En la década de 1950 se institucionaliza el desarrollo comunitario como intervención internacional en los países empobrecidos. Es la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y algunos de sus organismos, en primer lugar, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) y, después, otros como la Organización Mundial de la Salud (OMS) los que adoptaron medidas de desarrollo comunitario en el llamado, por aquel entonces, Tercer Mundo para promocionar su desarrollo social, económico, político y cultural. Los primeros programas de desarrollo comunitario se desplegaron en lugares agrícolas empobrecidos de África, Asia y Latinoamérica. Este era un desarrollo comunitario muy centrado en la construcción de carreteras, viviendas, servicios de agricultura, etc., en parte por el modelo de desarrollo de esos años, y en parte por los intereses de los países del norte o industrializados. Esta misma metodología de trabajo tendrá su eco en los países industrializados como desarrollo de los sectores marginales y de las zonas rurales.

Uno de los primeros países en adoptar el desarrollo comunitario será India con el Plan Nacional de Desarrollo Comunal (1952). Todo esto estaba muy vinculado a las relaciones coloniales aún existentes principalmente en Asia y África y a los procesos de independencia y descolonización desde el ya mencionado Consejo de Administración Fiduciaria de la ONU, dedicado a promover la independencia de los países con paz y desarrollo socioeconómico.

Un paso más hacia una concepción de desarrollo más social se ve en el informe de la ONU «Desarrollo de la Comunidad y Servicios Conexos» (1956) donde se da una definición de desarrollo como un proceso para crear condiciones de progreso económico, social y cultural, mediante la colaboración entre gobierno y población, con el fin de mejorar el bienestar. El foco ya no se ponía en lo nacional, sino en las particularidades locales y la capacidad de agencia de la población (Ander-Egg, 1987).

El desarrollo comunitario introduce dos tipos de actores: gobierno o poder político, por un lado, y población o sociedad civil, por otro. El medio requerido para mejorar las condiciones de vida es la colaboración proactiva de las autoridades y de la comunidad autóctona. La finalidad explícita es que la comunidad adopte sus propias decisiones acerca de su trabajo y propio concepto de desarrollo (Nogueiras, 1996).

Las experiencias en desarrollo comunitario tendrán un avance importante a partir de los años 60 extendiéndose a los núcleos urbanos. Las estrategias serán diferentes según se trate de países industrializados o países empobrecidos (Batten, 1964). En los primeros predominan los procesos de educación comunitaria facilitados por profesionales del Trabajo Social mientras que en los segundos priman estrategias de desarrollo comunitario llevadas a cabo por cooperantes. Cambia el factor internacional, las dinámicas de cooperación y una focalización en los problemas del desarrollo, pero el trabajo centrado en la persona como agente de cambio, la participación, un mejor bienestar y el progreso social es el mismo. Además, el Trabajo Social se ha ido adaptando a la evolución del concepto de desarrollo y de las dinámicas de cooperación internacional hasta abordar tareas administrativas, de gestión burocrática y de negociación política a la hora de intervenir con comunidades afectadas por el empobrecimiento (Izquierdo, 2007; Hidalgo, 2013). Un punto de conexión importante entre el Trabajo Social como práctica de cooperación en países en

desarrollo y el Trabajo Social como intervención en los países desarrollados es el codesarrollo y las migraciones que conectan varias realidades.

Pero como venimos diciendo, la esencia de la labor en geografías empobrecidas o en las industrializadas es la misma. Así, desde el año 2000 se viene dando la siguiente definición global del Trabajo Social:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (IFSW, s.f., párr. 1).

Algunas palabras destacadas de la definición mencionada son cambio y desarrollo social, cohesión social, fortalecimiento y liberación de personas, justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva, respeto a la diversidad, indígenas, desafíos de la vida y bienestar. Son principios y ámbitos de acción del Trabajo Social, justo los que hemos visto en el ámbito de la cooperación al desarrollo. Esto nos dice que el trabajo social se puede ejercer tanto en sociedades de países industrializados como en aquellas de países empobrecidos. Ya en el *Libro Blanco del Trabajo Social* de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2005) se incluye la cooperación al desarrollo como un nuevo ámbito del trabajo social, aunque su vinculación, como estamos viendo, no es nueva.

Podemos deducir de esta definición que el Trabajo Social es una disciplina académica y una profesión que suma a los estudios y al ejercicio profesional de la Cooperación Internacional al Desarrollo. Actúa sobre el desarrollo y la transformación social considerando a las personas como agentes para aumentar su propio bienestar, involucrando a las estructuras de poder. Esto queda más unido a partir de los ODS, como gran agenda de desarrollo global que se aplica en todo el mundo, sin distinguir países del norte o del sur. Tanto la Cooperación Internacional al Desarrollo como el Trabajo Social persiguen el mismo objetivo: el desarrollo humano y sostenible.

Un conector fundamental entre Trabajo Social y Cooperación al Desarrollo es la promoción y defensa de los derechos humanos, ámbito que igualmente se inicia tras la Segunda Guerra Mundial (Gómez, 2008). Surgen del espíritu de una época basado en la ayuda y la solidaridad, así como en la justicia global. Aunque este último llegó un poco más tarde al trabajo social y la cooperación al desarrollo, ya que en principio tenían un perfil más asistencialista.

En el último tercio del siglo XX, los Estados se van alejando de las posturas meramente asistencialistas para incorporar al Trabajo Social la acción social, que intervenga en las causas que generan las problemáticas. Todo ello supera lo asistencial, para abordar igualmente la movilización de sectores empobrecidos y vulnerables. De esta manera, se combina la asistencia social con una acción social traducida en desarrollar capacidades en las personas con la transformación social (Almaguer y Escribiche, 2015).

Este cambio de un enfoque, podríamos decir más caritativo a otro más de justicia, también está presente en la cooperación al desarrollo. La satisfacción de las necesidades básicas es el cumplimiento de los derechos humanos que es una cuestión de justicia. La ONU (1995) ya incluyó los derechos humanos en el ejercicio del Trabajo Social centrandolo la profesión en las necesidades humanas y teniendo que ser satisfechas, no tanto desde una decisión personal, sino como un imperativo de justicia básica. De esta manera, se consigue que el Trabajo Social avance hacia los derechos humanos como un principio de organización de su propia praxis, convirtiéndola en una necesidad sustantiva que puede traducirse como un derecho positivo y que la satisfacción y goce de dicho derecho facilite al Estado y a las entidades más allá del Estado (Lundy, 2011).

Se evidencia un cambio de enfoque como el generado en la Cooperación al Desarrollo: del enfoque de necesidades al de derechos, que pasan a formar parte de la práctica profesional. Este enfoque de derechos humanos es, sin duda, un aporte del trabajo social a la cooperación al desarrollo, a menudo condicionada por políticas e intereses ajenos al desarrollo. El Trabajo Social también puede priorizar la premisa de la Agenda 2030: *no dejar a nadie atrás*, especialmente a través de su labor comunitaria, centrada en el desarrollo.

Quizá el concepto que mejor articula el papel del Trabajo Social como promotor del desarrollo sea el de bienestar como paraguas para promover un desarrollo multidisciplinar, inclusivo y basado en derechos. En el *Informe de Desarrollo Humano* (IDH) del PNUD (2010) se señalaban tres objetivos del desarrollo:

- *Bienestar*: ampliar las libertades de las personas para que puedan prosperar.
- *Empoderamiento y agencia*: considerar a las personas como actores de su propio desarrollo.
- *Justicia*: ampliar la equidad, mantenerla en el tiempo (sostenibilidad) y promocionar los derechos humanos.

Esto nos habla de un desarrollo multidimensional que escapa de la unidimensionalidad económica para incluir la ampliación de capacidades y oportunidades de las personas (Figura 1). Y es, aquí, donde entran en acción profesiones como la del Trabajo Social. Para escapar de la pobreza hay que trabajar en alcanzar un bienestar humano que se mide en base a tres índices:

- *El IDH ajustado por desigualdad*: se hace eco de las desigualdades en salud, educación e ingreso.
- *El Índice de Desigualdad de Género (IDG)*: señala las desigualdades de género en salud reproductiva, empoderamiento y acceso al mercado laboral.
- *El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)*: revela las carencias en salud, educación y niveles de vida (ver Figura 1).

Figura 1. Dimensiones del desarrollo humano.

Fuente: PNUD (2015, pág. 8).

Así, el Trabajo Social constituye la concreción de la política social en aquellos espacios sociales donde la igualdad es más débil y dificultosa pudiéndose distinguir dos contextos socioeconómicos y políticos bien diferenciados:

- Aquellos países del Norte que tienen sectores de la población en situación de vulnerabilidad y en riesgo de exclusión social.
- Aquellos países del Sur que aún no disponen de las adecuadas estructuras básicas de bienestar. Amplias zonas de África y Asia donde no hay ayudas por parte de la administración pública y hay una ausencia de servicios básicos, trabajando a nivel básico en la provisión de medios de vida y de empoderamiento comunitario.
- Aquellos países del Sur que han experimentado una sustancial modificación en el incremento de su calidad de vida, pero no hay redistribución equitativa. Principalmente América Latina, Caribe y algunas zonas del Magreb y Oriente Medio, construyendo nuevas organizaciones sociales, mejorando la capacidad de relación de las comunidades con la administración pública y buscando un progreso del bienestar con recursos públicos e internacionales.
- Crisis humanitarias que reciben acción humanitaria en contextos de desastre natural o conflicto armado, trabajando en la provisión de bienes básicos y atendiendo a víctimas y supervivientes.

En los tres últimos, si hay fondos y actores internacionales, estamos hablando de Trabajo Social en Cooperación Internacional para el Desarrollo. Debemos mencionar que en esta proyección internacional existe la Federación Internacional de los Trabajadores/as Sociales (IFSW, por sus siglas en inglés), que hunde sus orígenes en 1928, organizando conferencias internacionales sobre la justicia social, y constituyéndose como federación en 1956.

Tiene el estatus de organismo consultivo especial desde 1959 por el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de la ONU y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Además, trabaja con la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

Se organiza en torno a regiones y a las comisiones de educación, ética, derechos humanos, indígena y Naciones Unidas. En 2010, junto con la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y el Consejo Internacional de Bienestar Social lanzó la Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo Social (Truell *et al.*, 2017), con cuatro pilares:

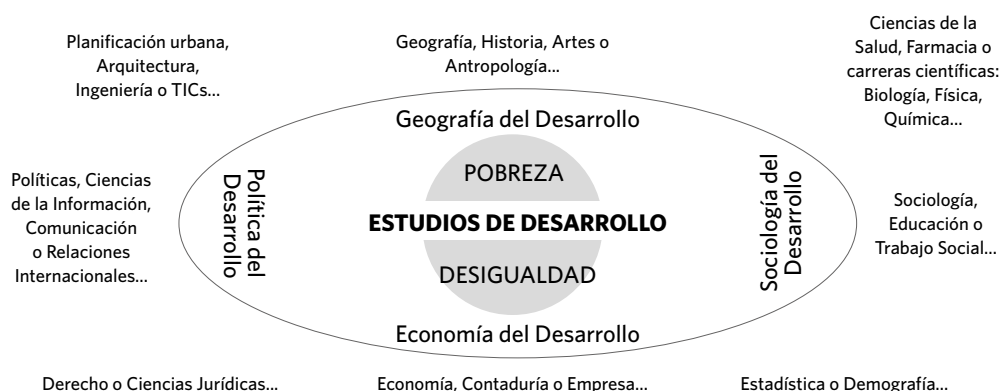
- Promoción de la igualdad social y económica.
- Promoción de la dignidad y el valor de las personas.
- Promoción de la sostenibilidad medioambiental y comunitaria.
- Promoción las relaciones humanas.

En 2015, durante las reuniones preparatorias para definir la Agenda 2030 y sus ODS, los organismos mencionados hicieron incidencia para incluir una meta relativa a la creación de sistemas de protección social públicos a nivel nacional, algo concretado en dos objetivos. El Objetivo 1 para poner fin a la pobreza y su meta 10.4: adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad. Y el Objetivo 10 sobre la reducción de la desigualdad en y entre los países y en su meta 10.4: adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad.

No se puede dejar de mencionar el Objetivo 4 sobre educación y su meta 4.7 el cual pretende que desde la fecha hasta 2030 el alumnado adquiera los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, a través de la educación, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural, así como la contribución de la cultura al desarrollo sostenible (ODS, s.f.).

Esta meta alude a los estudios de desarrollo como eje transversal educativo, tras la irrupción de la Cooperación Internacional al Desarrollo como ámbito fundamental del sistema internacional. Los estudios de desarrollo constituyen un elemento ético en sí, un punto de reflexión académica y como enlace profesional a una labor que se puede gestionar desde distintos ámbitos de conocimiento.

Dado que el concepto de *desarrollo* es multidimensional al incluir diversos aspectos, el estudio del desarrollo incluye una serie de áreas académicas que incluyen (pero no se limitan) ciencias políticas, ciencias jurídicas, economía, ciencias sociales, humanidades, ingenierías o el Trabajo Social. Todas ellas operando interdisciplinariamente en el ámbito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo (ver Figura 2). Materias que se han invocado desde una visión del norte industrializado o desde un sur empobrecido (Kothari, 2007).

Figura 2. Estudios de desarrollo e interdisciplinariedad.

Fuente: Elaboración propia sobre Desai, V. y Porter, R. B. (eds.) (2014). *The Companion to Development Studies*. London: Routledge, p. 49.

Considerando esto nos marcamos como objetivo analizar la presencia de la Cooperación Internacional al Desarrollo en la educación universitaria y las revistas científicas de Trabajo Social en España. Con esto, pretendemos visibilizar el grado de implantación e importancia que se le da a esta materia como salida profesional y objetivo de investigación para el Trabajo Social.

2. METODOLOGÍA

Con relación al planteamiento metodológico y de cara a analizar las asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo, se han utilizado las guías docentes del curso 2022/23, de todas aquellas universidades públicas o privadas que imparten el Grado y Doble Grado en Trabajo Social o estudios de Máster y Doctorado en Trabajo Social en España. El análisis se ha centrado en las 41 universidades de toda España, partiendo de las bases de datos del Ministerio de Universidades¹.

En el caso de nivel de Grado, Máster y Doctorado las variables analizadas han sido las siguientes: tipo de centro (público/privado), nivel (grado, doble grado, Máster y Doctorado), tipo de docencia (presencial, no presencial, ambas u *online*), carácter de la asignatura (obligatoria, optativa) y número de créditos. Asimismo, en el caso del Doctorado, se ha analizado también la existencia o no de líneas de investigación de la temática objeto de estudio.

Para el análisis de las publicaciones relacionadas con la Cooperación Internacional al Desarrollo, dentro del ámbito del Trabajo Social, se han seleccionado revistas relevantes en la disciplina. Las revistas analizadas fueron: *Servicios Sociales y Política Social*, *Documentos de Trabajo Social*, *Revista de Treball Social*, *Trabajo Social Hoy*, *Alternativas*, *Cuadernos de Trabajo Social*, *Trabajo Social Global*, *Trabajo Social y Salud* y *Zerbitzuan*. El análisis abarca desde el origen de cada revista hasta el primer trimestre del año 2023. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: «cooperación internacional al desarrollo», «ayuda humanitaria», «cooperante» en combinación con «trabajo social» e «intervención social». Los artículos localizados fueron objeto de un análisis detallado para identificar si realmente trataban sobre Trabajo Social.

¹ Disponible en <http://siiu.universidades.gob.es/QEDU/> y <https://www.educacion.gob.es/ruct/consultaestudios.action?actual=estudios>

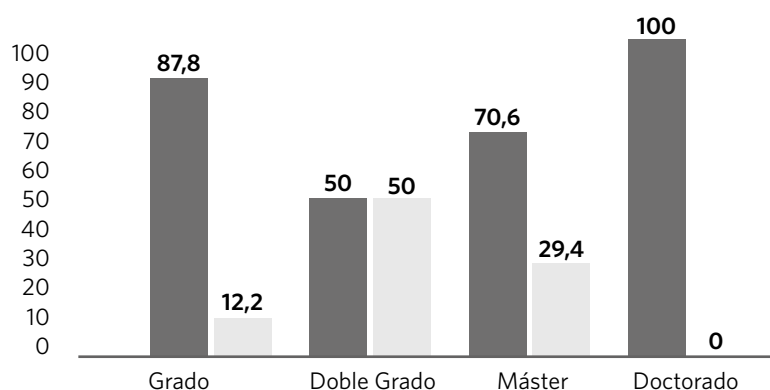
3. RESULTADOS

Durante el curso académico 2022/23, 41 universidades españolas han ofrecido estudios de grados en Trabajo Social, 17 universidades estudios de Máster y 4 universidades estudios de Doctorado relacionados con el Trabajo Social. Además, seis universidades ofrecen dobles grados de Trabajo Social con otras titulaciones como Educación Social, Relaciones Laborales, Criminología, entre otras.

Atendiendo al carácter de estas universidades, si son públicas o privadas, los resultados ponen de manifiesto que, en relación con el grado en Trabajo social, solo el 12,2% son privadas [Deusto, Francisco de Vitoria, Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Comillas y Ramón Llul]. En el caso de los dobles grados, el 50% son privadas (Pontificia de Comillas, Deusto, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir).

En el caso de los Máster, el 29,4% son privadas UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia), Deusto, Pontificia de Salamanca, Internacional de Valencia y UOC (Universitat Oberta de Catalunya) y, por último, en el caso del Doctorado, el 100% son públicas no encontrando ningún programa de doctorado privado (ver Figura 3).

Figura 3. Carácter público/privado de las universidades analizadas.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la presencialidad, de las 41 universidades analizadas, el 86% son estudios presenciales, el 8% imparte tanto presencial como no presencial (Gran Canaria, Lleida, Autónoma de Madrid), el 2% es no presencial [Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)] y el 2% es online (UNIR).

3.1. Asignaturas específicas o relacionadas

Del total de Grados en Trabajo Social, 21 universidades ofrecen una asignatura en Cooperación Internacional al Desarrollo o alguna asignatura relacionada con contenidos de Cooperación Internacional al Desarrollo. En este último caso, solo tres son asignaturas relacionadas (*Educación para el desarrollo* y *Cohesión Social* en la Universidad Pablo de Olavide, *Introducción a la Ayuda Humanitaria Internacional* en la Universidad de Deusto y *Desarrollo Local y Trabajo Social* en la Universidad

de Barcelona). Por tanto, los grados con asignaturas específicas en cooperación son 18. De estos 18 grados que ofrecen una asignatura específica de Cooperación, cinco ofrecen itinerarios, diploma o especialista en Cooperación al Desarrollo (Universidad de Huelva, Universidad de Jaén, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Francisco de Vitoria y Universidad Pontificia de Comillas).

Todas las asignaturas, independientemente de que sean específicas en Cooperación o que estén relacionadas, son de carácter optativo. Con relación al número de créditos existe un rango que va de tres créditos en las Universidades de Murcia o Las Palmas de Gran Canaria a los seis créditos en Universidades como la Complutense de Madrid, UNIR o UNED, entre otras.

Con relación a los dobles grados, solo la Universidad de Deusto en el Doble Grado Trabajo Social y Educación social ofrece una asignatura no específica, pero que si aborda cuestiones de Cooperación Internacional: *Ayuda Humanitaria Internacional* (Universidad de Deusto), de carácter optativo y de seis créditos.

En el caso de los Másteres, cuatro universidades tienen asignaturas específicas de cooperación dentro de sus planes de estudio (UCAM, Universidad Complutense de Madrid, UNED y la Universidad Pontificia de Salamanca). En cuanto al carácter de las asignaturas: tres son optativas y una obligatoria (UCAM) y el número de créditos varía de los tres en la Universidad Pontificia de Salamanca a los seis de la UNED.

En el caso de Doctorado no hay ninguna línea de investigación específica (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Número de asignaturas o relacionadas con la Cooperación al Desarrollo.

	No tienen asignaturas específicas, pero abordan temas de cooperación	Tienen asignaturas específicas de cooperación	Tienen asignaturas específicas con itinerario, título o mención a la cooperación	Tienen contenido relacionado	Características
GRADO	0	13	5	3	Todas optativas (entre 3 y 6 créditos)
DOBLE GRADO	1	0	0	0	Optativa (6 créditos)
MÁSTER	0	4	0	0	3 optativas y 1 obligatoria (entre 3 y 6 créditos)
DOCTORADO	0	0	0	0	Ninguna línea de investigación

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se reflejan las 18 universidades que, dentro de su Grado de Trabajo Social del curso académico 2022-2023, recogen asignaturas específicas en Cooperación al Desarrollo (ver Cuadro 2)²:

² Se han podido consultar todas las guías docentes, salvo la de la Universidad Francisco de Vitoria, que al momento de presentar este artículo no estaba publicada en su web y tampoco fue remitida tras múltiples peticiones del equipo investigador.

Cuadro 2. Asignatura de Cooperación Internacional al Desarrollo en Grados 2022/23.

Universidad	Asignatura
Universidad Autónoma de Madrid	Trabajo Social en la Cooperación al Desarrollo y Ayuda de Emergencia.
Universidad de Barcelona	Cooperación Internacional al Desarrollo.
Universidad de Huelva	Trabajo social, Cooperación, Desarrollo y Tercer Sector.
Universidad de Jaén	Trabajo social y Cooperación al Desarrollo.
Universidad Francisco de Vitoria	Trabajo Social en Cooperación al Desarrollo.
UNED	Cooperación al Desarrollo.
UNIR	Trabajo Social en el Ámbito de la Cooperación al Desarrollo.
Universidad Complutense	Cooperación al Desarrollo y Trabajo Social.
Universidad de Granada	Cooperación, Desarrollo y Trabajo Social.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	Cooperación para el Desarrollo.
Universidad de León	Solidaridad, Voluntariado y Cooperación.
Universidad de Murcia	Trabajo Social y Cooperación al Desarrollo.
Universidad de Oviedo	Cooperación al Desarrollo.
Universidad de Salamanca	El trabajo social y la Cooperación al Desarrollo.
Universidad de Valencia	Trabajo Social y Cooperación Internacional al Desarrollo.
Universidad de Vigo	Trabajo social y Cooperación al Desarrollo.
Universidad Pública de Navarra	Trabajo social y Cooperación al Desarrollo.
Universidad Ramón Llull	Cooperación Internacional al Desarrollo.

Fuente: Elaboración propia.

Los contenidos de las asignaturas específicas de Cooperación Internacional al Desarrollo en los Grados varían entre los más generalistas que abarcan todo el sistema de cooperación a otros que le dan más importancia a un ámbito u otro. Por ejemplo, en la Universidad Complutense, en la UNED y la UNIR se abordan los conceptos relacionados con la cooperación al desarrollo, sus teorías, agenda, etc. A continuación, se presenta en el Cuadro 3 un resumen que reflejan los contenidos abordados por las universidades (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Análisis de los contenidos de las guías docentes de los Grados 2022/23.

Universidad	Asignatura
Conceptos de desarrollo y pobreza	Complutense, UNIR, UNED, Universidad de Granada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de León, Universidad de Murcia, Universidad de León, Universidad de Salamanca, Universidad de Valencia, Universidad de Vigo, Universidad Pública de Navarra, Universidad Ramón Llull, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Jaén, Universidad de Huelva.
Teorías del desarrollo	Complutense, UNIR, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Murcia, Universidad de Vigo, Universidad Pública de Navarra.
Actores de cooperación al desarrollo	UNIR, Complutense, Universidad de Granada, Universidad de León, Universidad de Valencia, Universidad de Vigo, UNED, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid.
Cooperación española	UNED, UNIR, UNED, Universidad de León, Universidad de León, Universidad de Valencia, Universidad de Vigo, Universidad Ramón Llull, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid.
Políticas, agenda, modalidades e Instrumentos para la cooperación	Complutense, UNIR, Universidad de Granada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de León, Universidad de Oviedo, Universidad de Salamanca, Universidad de Vigo, Universidad Pública de Navarra, Universidad Ramón Llull, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Jaén.
Género y diversidad en desarrollo	Complutense, UNIR, UNED, Universidad de Jaén.
Educación para el desarrollo	UNIR, Universidad de León, Universidad de León, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid.
Voluntariado de cooperación	UNIR, Universidad de León, Universidad de Huelva.
Codesarrollo	Complutense, UNIR.
Acción humanitaria	UNIR, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid.
Trabajo social y cooperación al desarrollo	Universidad Complutense, UNIR, Universidad de Valencia, Universidad de Granada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Murcia, Universidad de Valencia, Universidad Pública de Navarra, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Huelva.
Gestión de proyectos de cooperación	Complutense, UNED, UNIR, Universidad de Granada, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de León, Universidad de Murcia, Universidad de León, Universidad de Salamanca, Universidad de Valencia, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Autónoma de Madrid.

Fuente: Elaboración propia.

Con la finalidad de facilitar y ayudar a la comprensión de la información aportada en la cuadro anterior, se puede observar en la Figura 4 que los contenidos más recurrentes en las asignaturas de Cooperación al Desarrollo del Grado en Trabajo Social de las diferentes universidades españolas son: conceptos de desarrollo; pobreza, política, agenda, modalidades e instrumentos; gestión de proyectos de cooperación y Trabajo Social y Cooperación al Desarrollo.

De entre aquellos Grados que ofrecen cierta profundización y especialización en la cooperación internacional al desarrollo nos encontramos los siguientes:

Cuadro 4. Grados que ofrecen itinerarios.

Universidad	Denominación	Asignaturas (optativas y de 6 créditos)
Universidad Autónoma de Madrid	«Trabajador social especialista en desarrollo y participación social»	• «Trabajo social en la cooperación al desarrollo y ayuda de emergencia». • «Perspectiva y relaciones de género» (no aborda explícitamente en el temario cuestiones como género en desarrollo, mujer en desarrollo o feminización del desarrollo, pero ofrece un panorama de los movimientos feministas y la transversalización de género). • «Sistemas de protección y atención a la infancia y la adolescencia» (no aborda cuestiones específicas de infancia y desarrollo). • «Planes de desarrollo local y comunitario y participación ciudadana» (contempla contenidos referidos a la participación y el desarrollo comunitario, que son una salida del trabajo social en el ámbito de la cooperación al desarrollo). • «Trabajo social en el ámbito escolar» (la única vinculación es un epígrafe «Diferencias Norte-Sur y la Globalización» dentro del tema «Promoción de Proyectos Prosociales»).
Universidad de Huelva	«Cooperación, Desarrollo y Tercer Sector»	• «Trabajo social, desarrollo y tercer sector». • «Etnodesarrollo: prácticas culturales, cooperación y ONG» (que contempla las teorías del desarrollo, actores y el vínculo entre etnia, cultura y desarrollo). • «Participación social y nuevos movimientos sociales» (aborda cuestiones de participación, democracia y sociedad civil, pero nada específico al desarrollo).

Fuente: Elaboración propia.

En general estos itinerarios ofrecen los conocimientos básicos para trabajar en cooperación al desarrollo, y también algunos contenidos específicos en determinados temas que complementan a la asignatura específica de cooperación.

De entre los Grados que ofrecen mención especial en la Cooperación Internacional al Desarrollo nos encontramos solamente dos universidades: por un lado, la Universidad de Jaén cuya denominación es *Acción Comunitaria y Desarrollo Local* y se recoge en asignaturas tales como:

- *Trabajo social y cooperación al desarrollo.*
- *Investigación y metodologías participativas para el desarrollo local* (trata temas de investigación social, metodologías participativas y desarrollo local).
- *Historia de la estructura social y de los movimientos sociales en la España contemporánea* (no toca temas tan explícitos con la cooperación al desarrollo, más bien relaciones de conflicto entre el Estado y los movimientos sociales).
- *Sistemas de bienestar, desarrollo comunitario e inclusión social* (trata cuestiones de bienestar y desarrollo comunitario y local).
- *Acción Social no gubernamental* (aborda cuestiones del tercer sector, movimientos sociales y del voluntariado que tocan también a las organizaciones de cooperación al desarrollo).

Y, por otro lado, la Universidad de Francisco de Vitoria cuya denominación es *Cooperación al Desarrollo* y se recoge en asignaturas como³:

- *Trabajo Social en Cooperación al Desarrollo.*
- *Trabajo Social con Menores.*
- *Atención Social en Migraciones, Refugio y Asilo: Legislación Internacional.*
- *Inserción Sociolaboral.*
- *Trabajo Social en Contextos Educativos.*

Solamente hay una universidad que ofrece un diploma específico en Cooperación Internacional al Desarrollo. Se trata del «Diploma en Cooperación Internacional al Desarrollo» de la Universidad Pontificia de Comillas. Se trata de un título propio que complementa la asignatura *Trabajo Social y Cooperación al Desarrollo* del Grado en Trabajo Social. Es de carácter optativo y su finalidad es introducir al alumnado una ampliación de contenidos: globalización, desarrollo, cooperación internacional y multiculturalidad; seminarios sobre áreas de acción en políticas de desarrollo; formación y práctica profesional en trabajo social, multiculturalidad y cooperación al desarrollo, y prácticas externas en una organización de cooperación al desarrollo, preferentemente en el extranjero.

³ Se han podido consultar todas las guías docentes, salvo las de la Universidad Francisco de Vitoria, que al momento de presentar este artículo no estaban publicadas en su web y tampoco fueron remitidas tras múltiples peticiones del equipo investigador.

Entre aquellas asignaturas que no abordan en su diversidad la cooperación internacional al desarrollo, pero sí algún aspecto de esta, son las siguientes:

Cuadro 5. Asignaturas que contemplan algún aspecto de la Cooperación Internacional al Desarrollo.

Universidad	Denominación	Asignaturas
Universidad de Barcelona	«Desarrollo Local y Trabajo Social».	Aborda cuestiones relativas al concepto de desarrollo y economía social, pero sin aludir a realidades de países del Sur ni al sistema de cooperación internacional al desarrollo.
Universidad de Deusto	«Introducción a la Ayuda Humanitaria Internacional».	La asignatura aborda de manera integral la acción humanitaria, que si bien es un elemento de la cooperación internacional al desarrollo no es el único. Por su lado este mismo grado, tiene la asignatura «Ciudadanía para el Cambio Social» que incorpora un tema de desarrollo humano y sostenible.
Universidad Pablo de Olavide	«Educación para el desarrollo y la cohesión social».	La asignatura aborda de manera integral la educación para el desarrollo, que si bien es un elemento de la cooperación internacional al desarrollo no es el único.

Fuente: Elaboración propia.

En relación con los másteres vinculados con el Trabajo Social, cabe destacar los siguientes:

Cuadro 6. Másteres en Trabajo Social que contemplan asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo.

Universidad	Denominación	Asignaturas
UNED	Máster Universitario en Trabajo Social, Estado Del Bienestar y Metodologías de Intervención Social.	«Intervención social y cooperación al desarrollo», dentro de la materia: «Trabajo Social e intervención social». Se centra en analizar la Cooperación al Desarrollo en el contexto de la crisis económica y financiera.
UCAM	Máster universitario en desarrollo social	«Globalización y Cooperación al Desarrollo», dentro del módulo «Capacitación básica teórica en desarrollo social», que aborda de manera integral distintos aspectos de la cooperación al desarrollo. Así, las asignaturas del módulo: «Desarrollo social y voluntariado»: Se estudian diferentes conceptos históricos del desarrollo y del voluntariado. «Fundamentación ética y teológica del desarrollo social»: establece la relación entre el desarrollo sostenible y la Doctrina Social de la Iglesia.

		• «Globalización y cooperación al desarrollo»: Se incluyen contenidos para realizar la cooperación al desarrollo con carácter emancipatorio y práctico. • En las materias del Módulo II, referido a «Capacitación técnica en desarrollo social» se siguen con algunos temas conexos como la migración, el enfoque de marco lógico en proyectos y la educación para el desarrollo. • Todas son obligatorias, a diferencia del resto de Másteres.
UCM	Máster Universitario en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales	• «Marco lógico en Cooperación al desarrollo». La asignatura pertenece al Módulo «Desarrollo comunitario y administración social» y a la materia «Contexto de la acción comunitaria y la administración social». Se refiere a la gestión del enfoque de marco lógico, incluyendo su evaluación. Incluye también un tema de conceptos, actores y teorías del desarrollo. La materia, también incluye contenidos relativos al voluntariado.
Universidad de Salamanca	Máster Universitario en Servicios Públicos y Políticas Sociales	• «Cooperación internacional para el desarrollo». Es una asignatura que aborda el contexto de la cooperación al desarrollo, pero focalizándose en temas de género, salud y sexualidad.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Artículos de cooperación al desarrollo en Revistas de Trabajo Social

Tras realizar una búsqueda en las nueve revistas que forman parte de la red INRECS, solamente en *Alternativas*, se ha encontrado un artículo que trate la Cooperación al Desarrollo de las universidades públicas de Andalucía titulado «La Cooperación al Desarrollo en las Universidades Públicas Andaluzas» (Iáñez y Álvarez, 2014).

Cuando se introduce en el buscador, de las ocho revistas restantes, las siguientes palabras: «al desarrollo», «cooperación internacional» y «ayuda humanitaria», se detecta que solamente en dos revistas (*Documentos de Trabajo Social* y *Trabajo Social Hoy*) han publicado algún artículo. Uno de los artículos focaliza en la intervención que hace el profesional de Trabajo Social en emergencias (Ramírez *et al.*, 2002); mientras que el otro, está centrado en el sistema de cooperación internacional, globalización y sistema de cuidados (Riobóo-Lois, 2020).

4. DISCUSIÓN

El Trabajo Social desempeña un papel fundamental en la promoción del bienestar social y la lucha contra la desigualdad y la exclusión en todo el mundo [International Federation of Social Workers (IFSW), 2014]. En este contexto, la Cooperación Internacional al Desarrollo ha surgido como una herramienta clave para abordar los desafíos sociales globales y fomentar un desarrollo sostenible

y equitativo. Ésta ha adquirido cada vez más relevancia debido a la creciente interconexión global y la necesidad de abordar problemas sociales complejos que trascienden fronteras nacionales.

El Trabajo Social aporta a la Cooperación Internacional al Desarrollo su conocimiento y experiencia a la hora de abordar las desigualdades sociales y económicas, incidiendo sobre todo en aspectos vinculados con la lucha contra la pobreza, la discriminación y la exclusión social (Corrales, 2023). Así contribuye a la promoción de la justicia social es esencial para alcanzar los ODS establecidos por las Naciones Unidas (2015). Además, la práctica profesional del Trabajo Social permite reducir el impacto de eventos negativos sobre las personas, grupos y organizaciones y generar procesos de empoderamiento para fomentar la resiliencia y la capacidad de hacer frente a la adversidad (IFSW, 2014).

La Cooperación Internacional al Desarrollo permite al Trabajo Social participar en iniciativas globales y compartir buenas prácticas para mejorar sus intervenciones y alcanzar resultados más significativos en comunidades vulnerables (Healy, 2008; Lyons, 2010). Por ello, la vinculación entre los dos ámbitos es necesaria y promueve los objetivos de ambos ámbitos.

La inclusión de asignaturas de Cooperación Internacional en los programas académicos del Trabajo Social es aún limitada y residual en muchos programas, lo que, sin duda, limita la preparación de los futuros profesionales para abordar problemas globales de manera efectiva (Ferguson y Woodward, 2009).

Pese a la importancia del Trabajo Social en la Cooperación Internacional al Desarrollo, existen barreras que dificultan que se vea reflejada en la formación académica. Así, la falta de recursos, el enfoque tradicionalmente local del Trabajo Social y la resistencia institucional al cambio curricular (Hugman, 2013), influyen en la falta de incorporación de cursos sobre cooperación internacional en el ámbito de la formación académica.

Dotar a los planes académicos de mayor número de asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo y mayor nivel de especialización en los diferentes niveles de formación puede tener efectos muy relevantes en la promoción de la conciencia sobre la justicia global y el conocimiento de las realidades sociales internacionales, mejorando así, la formación y habilidades de profesionales del Trabajo Social, e incluso favoreciendo la incorporación de profesionales al ámbito internacional de trabajo (Young, 2015).

La incorporación de asignaturas de Trabajo Social en las universidades requiere de la integración de enfoques éticos que se alejen de las prácticas paternalistas y colonialistas que desarrollen modelos de trabajo sostenibles y participativos, incluyendo, siempre la voz de las personas protagonistas de las intervenciones a desarrollar (Hick, 2012). Además, puede permitir la vinculación de los estudiantes con organizaciones y proyectos internacionales para una experiencia práctica en el campo (Bogo, 2015).

La disciplina del Trabajo Social en la Cooperación Internacional al Desarrollo juega un papel fundamental por sus valores y ámbito de aplicación profesional (IFSW, 2018). Por ello, se considera importante continuar con el desarrollo del conocimiento y producción científica en este ámbito, que permita generar procesos de investigación e intervención profesional para contribuir a la justicia social y al bienestar de las personas (Linardelli y Pessolano, 2019).

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se deben considerar algunas limitaciones en el presente estudio al interpretar los resultados. En primer lugar, el análisis se limita al curso académico 2022/23 y a las universidades españolas, lo que restringe la capacidad de generalizar los hallazgos a otros contextos internacionales o a períodos diferentes. Asimismo, la selección de revistas académicas específicas para el análisis de publicaciones podría no abarcar toda la producción científica relevante sobre Trabajo Social y Cooperación Internacional al Desarrollo, dejando fuera estudios en revistas interdisciplinarias o internacionales.

Otra limitación importante es la falta de un análisis cualitativo profundo sobre los contenidos específicos de las asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo. Si bien se identificaron asignaturas relacionadas, no se evaluó en detalle la calidad de los materiales, enfoques pedagógicos ni la incorporación de prácticas participativas y éticas en los programas. Por último, la escasez de estudios previos sobre esta temática en el ámbito español dificulta establecer comparaciones o realizar un análisis más robusto de tendencias y patrones históricos en la formación universitaria y la producción académica en Trabajo Social y Cooperación Internacional.

6. CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo era analizar la presencia de la Cooperación Internacional al Desarrollo en la educación universitaria y las revistas científicas de Trabajo Social en España. En base al cual y a los resultados establecemos las siguientes conclusiones:

1. La Cooperación Internacional es un componente crucial en el Trabajo Social contemporáneo debido a los desafíos globales que enfrentamos.
2. Si bien la presencia de asignaturas de Cooperación Internacional en los grados y dobles grados de Trabajo Social ha ido en aumento, todavía existen barreras que dificultan su incorporación generalizada como se señalaba en la discusión. La principal razón es la idea que se tiene del Trabajo Social como una profesión dedicada a las políticas sociales de ámbito nacional.
3. Lo anterior se confirma en esa separación que aún hoy establecemos entre el Norte Global y el Sur Global, entre lo nacional e internacional, barreras que no tienen sentido en el actual panorama mundial donde todo está interconectado.
4. El hecho de que no todos los Grados o Dobles Grados tengan asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo demuestra la conformación de planes docentes que miran muy poco al ámbito internacional, reduciendo la materia a una asignatura optativa. Opuesto a estos mínimos, encontramos cinco universidades que ofrecen itinerarios, menciones o diploma en Cooperación Internacional al Desarrollo.
5. Este hecho es todavía más problemático en el caso de los Másteres y Doctorados. Respecto a los primeros hay una escasa transversalización de la Cooperación Internacional al Desarrollo en diálogo con otros ámbitos de intervención del Trabajo Social. Respecto al segundo, se deberían de potenciar líneas de investigación en Cooperación Internacional al Desarrollo, que supusieran una ampliación multidisciplinar de los Estudios de Desarrollo y una transferencia social en proyectos y programas de desarrollo.

6. Este déficit en la investigación también se comprueba en las revistas de Trabajo Social, donde el número de artículos de Cooperación Internacional al Desarrollo es residual, ni se potencia este ámbito, por ejemplo, con números monográficos que estimulen la producción académica en este sentido.
7. Es fundamental superar estos obstáculos y aprovechar las oportunidades para preparar a los futuros profesionales del Trabajo Social de manera integral y consciente de las realidades globales. La reflexión ética y el compromiso práctico con proyectos internacionales son clave para formar profesionales competentes y empáticos en el contexto global actual.
8. Otra línea de investigación clave sería evaluar el impacto de las asignaturas de Cooperación Internacional al Desarrollo en la formación de estudiantes de Trabajo Social, especialmente en términos de desarrollo de competencias profesionales, conciencia global y empleabilidad en organizaciones internacionales. Esto podría complementarse con estudios longitudinales para analizar cómo la inclusión de estos contenidos en los programas académicos evoluciona en respuesta a los cambios en las agendas de desarrollo global, como los ODS. Este enfoque ayudaría a identificar tendencias, desafíos y buenas prácticas para su implementación y sostenibilidad en el ámbito educativo.

7. FUENTES DE FINANCIACIÓN

El desarrollo de esta investigación no ha contado con fuentes de financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almaguer, P. y Escriche, P. (2015). *Cooperación al desarrollo: una perspectiva sistémica y compleja*. Zaragoza: PUZ.
- Ander-Egg E. (1987). *La problemática del Desarrollo de la Comunidad*. Buenos Aires: Humanitas,
- (1989). *El trabajo social como acción liberadora*. Buenos Aires: Humanitas.
- ANECA (2005). *Libro Blanco. Título de grado en Trabajo Social*. Madrid: ANECA. https://www.ane-ca.es/documents/20123/63950/libroblanco_trbjsocial_def.pdf/e9d5c130-5838-ba71-67a5-0b3725656cf2?t=1654601772085
- Barbero, J. M., y Cortès, F. (2005). *Trabajo Comunitario, organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Batten, T. R. (1964). *Las comunidades y su desarrollo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bogo, M. (2015). Field Education for Clinical Social Work Practice: Best Practices and Contemporary Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 317-324. doi 10.1007/s10615-015-0526-5
- Cooperación Española (s.f.). *Entender la Cooperación*. FAQ. <https://www.cooperacionespanola.es/transparencia/entender-la-cooperacion/>

- Corrales Gaitero, S. (2023). *Funciones del Trabajo Social en Cooperación Internacional al Desarrollo*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid.
- Desai, V. y Porter, R.B. (2014). *The Companion to Development Studies*. London: Routledge.
- Ferguson, I. y Woodward, R. (2009). *International Social Work: Issues, Strategies, and Programs* (2nd ed.). New York: Sage Publications.
- Gómez, E. (2008). «Geopolítica del desarrollo comunitario: reflexiones para el trabajo social». *Ra Ximhai*, 519-542. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/4737>
- Healy, L. M. (2008). *International Social Work: Professional Action in an Interdependent World* (2nd edn). New York: Oxford University Press.
- Hick, S. (2012). *Globalization and Resistance: Transnational Dimensions of Social Movements*. EE.UU.: Rowman & Littlefield.
- Hidalgo, A. (2013). *La cooperación al desarrollo a examen: una lectura desde el trabajo social*. Madrid: Ediciones Académicas-UNED,
- Hugman, R. (2013). *Culture, Values, and Ethics in Social Work: Embracing Diversity*. Londres: Routledge.
- láñez, A. y Álvarez, R. (2014). La Cooperación al Desarrollo en las Universidades Públicas Andaluzas. *Revista Alternativas*, 143-160. DOI: <https://doi.org/10.14198/ALTERN2014.21.07>
- International Federation of Social Workers [IFSW] (s.f.). *Definición global del trabajo social*. Extraído el 13 de junio de 2023, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- (2014). *Global Social Work Statement of Ethical Principles*. IFSW.
- (2014). *Global Agenda for Social Work and Social Development: Commitment to Action*. Extraído el 28 de mayo de 2023, <https://www.ifsw.org/global-agenda/>
- (2018). *Informe global sobre el trabajo social*. Extraído el 13 de junio de 2023, <https://www.ifsw.org/global-social-work-report-2018/>
- Izquierdo, J. D. e Hidalgo, A. (2007). *Cooperación al desarrollo y trabajo social*. Madrid: Ediciones Académicas-UNED.
- Kothari, U. (2007). Geographies and Histories of Development. *Journal für Entwicklungspolitik*, 28-44. DOI: 10.20446/JEP-2414-3197-23-2-28

- Linardelli y Pessolano (2019). La producción de conocimiento en Trabajo Social, una lectura desde las epistemologías del sur y feministas: readings from southern and feminist epistemologies. *PROSPECTIVA. Revista De Trabajo Social e Intervención Social* (28), 17-40. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i28.6695>
- Lundy, C. (2011). *Social Work, Social Justice and Human Rights: A Structural Approach to Practice*. Toronto: University of Toronto Press.
- Lyons, K. (2010). *Social Work and Social Development: Theories and Skills for Developmental Social Work*. New York: Sage Publications.
- Nogueiras, L. M. (1996). *La práctica y la teoría del Desarrollo Comunitario. Descripción de un modelo*. Madrid: Narcea.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (s.f.). Los objetivos de Desarrollo Sostenible. Extraído el 13 de junio de 2023, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
- (1995). *Serie de capacitación profesional núm. 1 derechos humanos y trabajo social, manual para escuelas de servicio social y trabajadores sociales profesionales*. Nueva York: ONU.
- (2015). *Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Extraído el 13 de junio de 2023, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2010). Informe de Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Nueva York: PNUD.
- (2015). Informe de Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: PNUD.
- Ramírez, I., Gallego, D., y Posada, A. (2002). La intervención del Trabajador Social en las emergencias. *Documentos de Trabajo Social*, 51-65. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2019/07/DTS_27.pdf
- Riobóo-Lois, B. (2020). Globalización, cooperación internacional y sistema de cuidados: un análisis a propósito del COVID-19. *Revista Trabajo Social Hoy*, 9-28. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2020.0007>
- Truell, R., Jones, D. N. y Lima, A. I. (2017). La Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo Social. *Revista Servicios Sociales y Política Social XXXIV*, 137-153.
- Young, M. (2015). *Globalization and the Environment: Risk Assessment and the WTO*. Londres: Palgrave Macmillan.



TRABAJO SOCIAL SANITARIO ANTE DIVORCIOS DIFÍCILES: PROGRAMA INFANTO-JUVENIL DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE GETAFE

SOCIAL HEALTH WORK IN DIFFICULT DIVORCES: CHILD AND YOUTH PROGRAMME AT THE GETAFE MENTAL HEALTH CENTRE

Ángel Reviriego Herranz

Hospital Universitario de Getafe: Centro de Salud Mental

Resumen: La Unidad de Trabajo Social Sanitario (TSS) del Centro de Salud Mental (CSM) de Getafe, durante el año 2023 ha recibido la derivación del 20,2% de los casos que acuden por primera vez desde el programa infanto-juvenil. Se ha comprobado el aumento de atención de familias divorciadas en 14 puntos en comparación con el año 2022, siendo su mayoría considerados divorcios difíciles. El objetivo del artículo es reflexionar sobre la influencia en el ejercicio de la parentalidad, la repercusión en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y la intervención familiar desde el TSS. Las principales conclusiones indican una vinculación entre el divorcio difícil con el maltrato emocional, aspecto que requiere incorporar un enfoque transdisciplinar para comprender y abordar su complejidad.

Palabras Clave: Divorcio difícil, maltrato emocional, trabajo social sanitario, salud mental y NNA. Se proponen cambios en comentarios.

Abstract: The Social Healthcare Work Unit (SHWU) at the Getafe Mental Health Centre received 20.2% of referrals from the Child and Adolescent Programme for first-time cases during 2023. An increase of 14 percentage points was noted in the care of divorced families compared to 2022, with the majority classified as high-conflict divorces. This article aims to reflect on the influence of these dynamics on parenting practices, the impact on the mental health of children and adolescents, and family intervention by the (SHWU). The main findings indicate a link between high-conflict divorce and emotional abuse, highlighting the need for a transdisciplinary approach to better understand and address its complexity.

Keywords: Difficult divorce, emotional abuse, health social work, mental health, children and adolescents.

Referencia normalizada: Reviriego, A. (2025). Trabajo Social Sanitario ante divorcios difíciles: Programa infantojuvenil del Centro de Salud mental de Getafe. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-10. Doi: 10.12960/TSH.2025.0003

Correspondencia: Ángel Reviriego Herranz. Email: angelreviriego@hotmail.es

1. INTRODUCCIÓN

La demanda de atención en el Centro de Salud Mental (CSM) de Getafe de niños/as y adolescentes (NNA) inmersos en divorcios difíciles exige análisis. Desde la unidad de trabajo social sanitario (TSS) se considera como unidad de tratamiento a la propia familia y su entorno evitando un abordaje focalizado exclusivamente en los hijos/as. Esta aproximación a la realidad requiere para su comprensión una interpretación cuantitativa y cualitativa de los hechos y factores.

Los datos de atención en TSS describen una realidad que invita a conocer la presentación clínica de los NNA que forman parte de familias inmersas en divorcios difíciles, para extraer posibles correlaciones, y planificar diseños de intervención ajustados a esta realidad. Evitar la centralización en el/la paciente identificado, y poner en valor la función del TSS en el equipo asistencial del CSM son dos premisas que guían el presente trabajo.

La complejidad de las situaciones que se presentan en los divorcios difíciles exige la aplicación del derecho a la atención integral reconocido en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI). Es ineludible un trabajo de coordinación entre diferentes agentes sociales, desde atención primaria de salud, servicios sociales, salud mental y la administración de justicia.

2. METODOLOGÍA

Búsqueda de bibliografía en PubMed utilizando como descriptores los términos trabajo social, separación, divorcio, salud mental, niños/as y adolescentes. Utilizando el operador booleano «and», los resultados no mostraron artículos científicos en lengua castellana o inglesa. A través de *Google Academic*, se encontraron ocho artículos con el mismo patrón de búsqueda, de los cuales solo uno se consideró como fuente de conocimiento para el presente artículo teniendo en cuenta su relevancia para el autor. La selección se realizó por el señalamiento de las particularidades de la salud mental infanto-juvenil, y su abordaje desde el TSS, describiendo funciones, modelos teóricos y metodologías de intervención.

Y, para concretar, un análisis descriptivo de las atenciones realizadas en el CSM que permite comparar la evolución del perfil de las familias entre 2022 y 2023. Como variables de análisis se encuentra volumen de casos derivados, porcentaje de divorcios, porcentaje de divorcios difíciles, media de edad de los NNA y porcentaje de casos con indicadores de violencia de género.

3. RESULTADOS

Divorcio difícil y TSS

Avanzando en la comprensión del divorcio difícil a través de la revisión bibliográfica realizada, se debe señalar en primer lugar su potencial destructivo. Esta dinámica relacional tiene consecuencias especialmente devastadoras en los hijos/as, encontrándose atrapados en batallas sin tregua entre sus progenitores/as, los/as cuales tienen la responsabilidad de ser los/as principales proveedores/as de bienestar. Los divorcios difíciles son definidos como aquellos que no protegen a sus hijos/as del choque provocado por el conflicto entre adultos/as y la desorganización de la vida familiar (Isaacs *et al.*, 1986, p. 17).

Para diferenciar un divorcio conflictivo de uno colaborativo Glasserman (1997) comparó sus características:

Tabla 1. Diferencias entre divorcio colaborativo y conflictivo

Divorcio colaborativo	Divorcio conflictivo
1. Pareja parental.	1. Pareja posconyugal.
2. Prima el cuidado y protección de los hijos sobre el conflicto conyugal.	2. Prima el conflicto de pareja sobre el cuidado de los hijos (funciones parentales deficitarias).
3. Peleas solo en la primera fase.	3. Peleas permanentes que no terminan con la resolución judicial.
4. Las pérdidas producen dolor, pero son aceptadas.	4. Proceso de duelo estancado, rabia y necesidad de denigrar.
5. Intermediarios no litigantes (familiares, amigos) o ausencia de intermediarios.	5. Intermediarios litigantes, contexto judicial.
6. Escasa involucración de familiares, hijos u otros. Existen unos límites claros.	6. Sobreinvolucramiento de familiares e hijos o sistemas extrafamiliares. Límites difusos. Alianzas y coaliciones.
7. Reconocimiento de la propia responsabilidad. Conciencia de corresponsabilidad.	7. Falta de responsabilidad. Búsqueda de culpables y cómplices.
8. Deseo de llegar a acuerdos en función de las necesidades de los hijos.	8. No tienen intenciones de llegar a ningún tipo de acuerdo.

Fuente: Glasserman, M. R. (1997). «Clínica del divorcio destructivo». J. M. Droeven (comp.), *Más allá de pactos y traiciones. Construyendo el diálogo terapéutico*.

En este escenario las instituciones no son ajenas, implicando a diferentes servicios sociales, sanitarios, educativos y judiciales. El nivel de conflictividad exacerbado activa contratransferencias y mecanismos de defensa en los/as propios/as profesionales ante la complejidad de abordaje que suponen, poniendo a prueba nuestra propia resiliencia. La continuidad de prácticas litigantes entre progenitores/as, implican en ocasiones la citación de TSS a sedes judiciales como testigo perito.

El TSS como especialista en la intervención psicosocial debe armarse de competencias técnicas para identificar cuando la relación entre padre y madre se transforma en una situación de maltrato que puede incluir violencia vicaria. Considerando la escucha activa como principal herramienta existen escalas validadas que nos pueden orientar en la valoración de la situación. En el caso de la violencia de género el Cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST) compuesto por dos ítems es considerado como un instrumento adecuado para los profesionales del ámbito sanitario (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2018).

En cuanto a la valoración del riesgo y desamparo se han desarrollado en el territorio nacional instrumentos que junto con la pericia profesional permiten dimensionar la desprotección que vivencian los/as NNA. La instrumentalización de los hijos/as en los conflictos de pareja se ha incorporado como indicador de maltrato emocional, en documentos técnicos como VALORAME y BALORA desarrollados por las Comunidades Autónomas de Andalucía y del País Vasco, respectivamente.

El maltrato emocional es el más difícil de identificar, por su desarrollo en el ámbito privado de la familia, el carácter interpretativo que conlleva, incluso la no intencionalidad de sus ejecutores. Este planteamiento se alinea con lo denominado por Barudy (1998) como el dolor invisible de la infancia. Los/as profesionales que atendemos a NNA que están inmersos en este clima de violencia, somos invitados/as a formar parte de sus vidas con el testimonio que comparten. Se requiere de acciones coordinadas que faciliten el entendimiento y la tregua en la dinámica bélica que se genera en los divorcios difíciles. El infradiagnóstico de estas realidades, puede conducir a una inacción profesional que se traduce en evasión próxima al maltrato institucional. La formación y disposición de espacios y tiempos para la coordinación mitigan el riesgo de contribuir a la posible desprotección.

Bajo estas coordenadas donde el ambiente de seguridad de los hijos/as se encuentra comprometido, la eficacia del tratamiento dispensado desde el CSM es limitada requiriendo una intervención sobre el contexto familiar. Como refiere Luigi Cancrini «cómo podemos contemplar a una planta marchitándose mientras hablamos durante horas acerca de su malestar [...] sin verificar que le falta agua; o cómo podemos suspirar ante el hecho de que quien debe regarla no lo hace [...] mientras dejamos que muera» (Galán, 2011, p. 218). Esta complementariedad de trabajo psicoterapéutico y psicosocial justifica la intervención activa del TSS.

Glasserman (1997) defiende que no es el divorcio en sí el que genera la patología en la infancia, sino las disputas constantes que dañan inexorablemente a los hijos/as. La seguridad vincular que debe ser provista por los/as progenitores/as se encuentra amenazada. Los NNA temen que la relación con sus padres se pueda disolver igual que ven deteriorarse la que unía a sus progenitores. Los estudios revelan que aproximadamente el 50% de los NNA de padres divorciados temen ser abandonados (Ríos, 2009). A lo que se une los cambios generados en su cotidianeidad, como modificación de actividades extraescolares, barrio de residencia, relaciones con familia extensa, etc. que conforman los anclajes de seguridad del infante.

Además, las experiencias vitales en la infancia van a condicionar su salud mental actual y futura. La OMS estima que la mitad de los trastornos mentales debutan antes de los 14 años y el 75% antes de los 18 (Garcés, 2021). Estudios revelan que el 30% de los/as niños/as cuyos padres se divorciaron durante su infancia necesitaron tratamiento antes de llegar a la adolescencia, y un 40% ante de llegar a la vida adulta (Cristino, 2022).

Desde un enfoque comprensivo, el TSS aporta al equipo una mirada contextual de la situación en la que se encuentra el NNA. En ocasiones forman parte de familias con doble núcleo convivencial, y en otras hay un divorcio emocional, pero viviendo juntos/as los/as progenitores/as por la imposibilidad de disponer de independencia habitacional. Este último escenario conlleva un alto potencial de violencia, manteniéndose una tensión inherente que amplifica el daño en los hijos/as. Los NNA reciben mensajes contradictorios desde los posicionamientos antagónicos de sus

progenitores/as. Esta realidad puede ser interpretada por los hijos/as como signo de abandono, respondiendo con *acting out* (Isaacs et al., 1986).

La interpretación de la situación aporta sentido al sufrimiento del paciente y familiares, a la par que orienta la intervención de los profesionales. Elementos a considerar de especial interés para la reflexión compartida son:

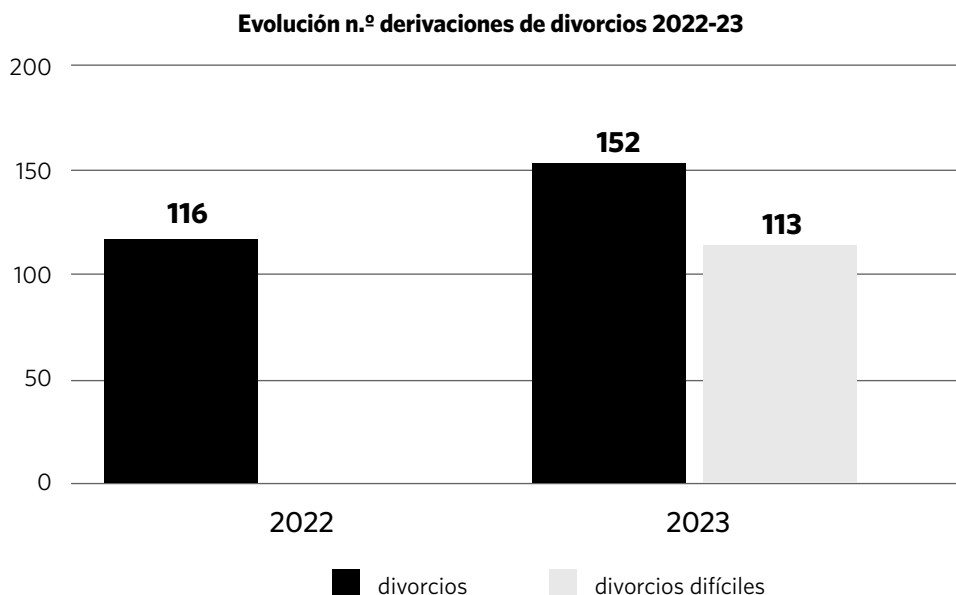
- Las disputas en el sistema conyugal basculan al parental, influyendo en el ejercicio de cuidado, y por los tanto produciendo consecuencias psicoemocionales en los NNA. La voz de los hijos/as es esclarecedora, ya que son fuente principal de información y conocimiento de su realidad a pesar de estar sumidos en un mar de ambigüedades y, por tanto, de inseguridad. Relevarlos de la responsabilidad de la ruptura, conflictos de lealtades y fantasías generadas en cuanto al divorcio debe ir acompañado de la voluntad de los padres en practicar una parentalidad positiva.
- La focalización de la intervención sobre el NNA como portador del síntoma le expone a la probabilidad de tratamiento farmacológico prematuro que interfiera en el descubrimiento de la etiología del sufrimiento psíquico. Incluso el supuesto trastorno mental del NNA puede ser la razón que mantenga a ambos progenitores en la disputa, en un equilibrio homeostático familiar altamente nocivo. La atención al sistema parental es prioritaria durante la valoración inicial desde un enfoque ecológico-sistémico.
- La vivencia y percepción de cada progenitor/a es el punto de partida para transformar la ira y culpa proyectada entre los adultos en responsabilidad. Demostrar conciencia del daño y deseo de cambio facilita la capacitación parental.
- La atención al NNA desde los entornos sanitarios debe ir acompañada del ejercicio responsable de coparentalidad, extrayendo una demanda genuina de cambio en los/as progenitores/as. El acompañamiento de profesionales accesibles y especializados/as en familia que potencien la responsividad previene la generación de divorcios difíciles. Ante los indicios de un divorcio difícil la intervención proactiva previene el devenir traumático en el que en ocasiones se convierte. La LOPIVI en su artículo 28 exige disponer de servicios de apoyo a la familia ante las situaciones de ruptura familiar.
- El impacto de los determinantes sociales condiciona el devenir de la separación. La carencia económica, dificultades de acceso a la vivienda, y disposición de tiempos para la conciliación, impiden en ocasiones la separación física efectiva, prolongando una convivencia con efectos adversos para los integrantes de la unidad familiar.
- La complejidad del abordaje de las situaciones descritas, requieren de la participación del saber social que aporta nuestra disciplina. Superar el pensamiento lineal y conciliarnos con la incertidumbre en la evolución del caso nos libera de la exigencia de alcanzar las certezas cartesianas (Gil, 2023).
- El diagnóstico social sanitario coadyuva a que el/la menor no sea identificado/a como portador/a de un trastorno mental, contando con una valoración holística de la situación y evitando prácticas iatrogénicas. Los códigos Z de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) son una alternativa a la asignación de diagnósticos que estigmatizan al NNA.

- Disponer de un enfoque generacional facilita preservar el interés superior del/la menor. La mirada psicosocial que aporta el TSS permite identificar factores de riesgo y elementos protectores en el entorno, pudiendo anticipar el grado de maleabilidad del sistema familiar y líneas de intervención. El TSS juega un papel relevante en el momento histórico actual donde la atomización de las familias, y la individualización de los malestares, debilita la generación de vínculos sociales que contrarrestan el sufrimiento ocasionado por divorcios difíciles. Analizar la red de apoyo social y su promoción genera bienes relacionales de capital importancia.

Divorcio difícil en el Centro de Salud Mental de Getafe

A través de un análisis descriptivo de las atenciones desde TSS se ha analizado la evolución del perfil de las familias entre 2022 y 2023, confirmando que se mantiene el volumen de casos derivados, 257 y 261, respectivamente. Donde se aprecia una tendencia al alza significativa es en el número de divorcios que asciende del 45 al 59% interanual, siendo atendidas bajo la categoría de divorcio difícil en 2023 un total de 113 familias representando un 74,3% de las mismas.

Gráfico 1. Evolución de derivaciones de divorcios



Fuente: Elaboración propia, 2024.

La dinámica relacional de estas familias se caracteriza por el nivel de conflicto entre progenitores/as que eclipsa la atención adecuada de los NNA, especialmente en la satisfacción de sus necesidades emocionales (Ríos, 2009).

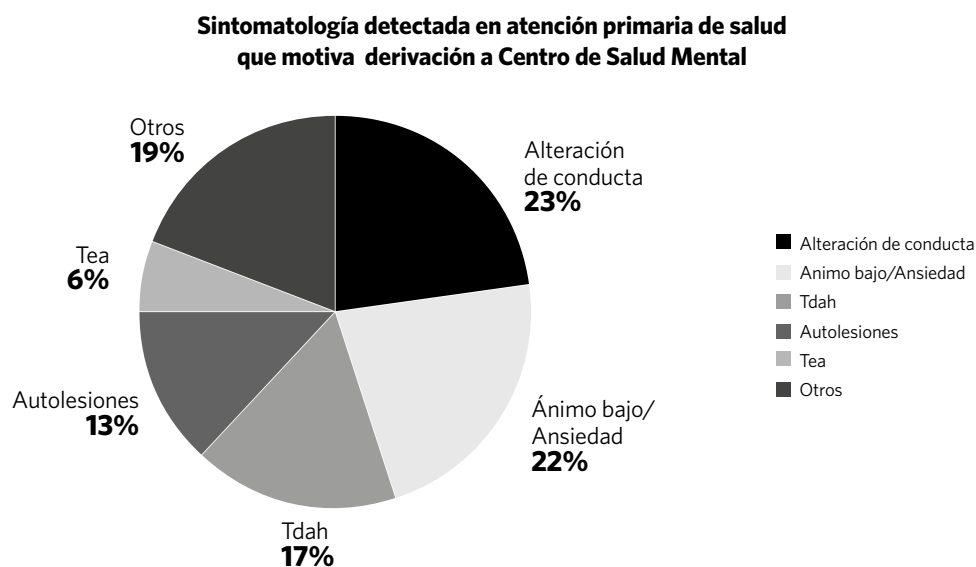
En cuanto a sintomatología que justifica inicialmente la derivación desde atención primaria al CSM destacan dos identificaciones:

a) Alteración de conducta.

b) Ánimo bajo y ansiedad.

La edad media de los NNA atendidos es de 11,4 años, coincidiendo con un momento evolutivo de inicio de adolescencia. En cuanto a diferenciación por género la distribución ha sido equitativa.

Gráfico 2. Sintomatología detectada



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Para finalizar la descripción cuantitativa del perfil de NNA atendidos en la consulta de TSS es especialmente relevante el porcentaje de casos en los que se ha identificado algún indicador de violencia de género, suponiendo el 68,4%. La Ley Orgánica 8/2015, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que modifica a la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, considera a los/as menores expuestos a la misma también como víctimas. Ante esta realidad en la práctica diaria nos podemos encontrar con planteamientos profesionales que desprenden cierta divergencia, concretamente entre los especializados en protección y los enfocados en la atención a víctimas de violencia de género, siendo considerada su integración el gran desafío (González, 2019). Mientras que los primeros aspiran a generar una mejora en la relación entre progenitores/as y sus descendientes, los segundos evidencian la incapacidad de generar cuidado por parte de la persona agresora. Es frecuente en las consultas de salud mental las demandas de apoyo para responder a la sintomatología negativa que presentan los NNA cuando anticipan o se produce el cambio de tiempo compartido con sus progenitores/as separados/as.

La Estrategia nacional de Salud Mental 2022-26 destaca cómo los malos tratos en la infancia son los que más secuelas dejan y los que más costes posteriores tienen en la atención desde la salud mental. Para su adecuado abordaje dedica la estrategia 7 a la coordinación, reconociendo el procedimiento «*case management*» para la articulación de las diferentes intervenciones profesionales. Esta función en las situaciones objeto de análisis del presente artículo, se debe asumir desde TSS favoreciendo un proyecto de continuidad de cuidados evitando la medicalización de NNA (Arévalo, 2017) y proponiendo una intervención integral con la participación de los diferentes agentes implicados.

4. CONCLUSIONES

- La transdisciplinariedad como condición necesaria en el sistema sanitario necesita incorporar el saber del trabajo social, a pesar de no ser reconocida aún como profesión sanitaria. Esto evitará enfoques médico-centristas que ocultan el origen psicosocial del sufrimiento psíquico de NNA inmersos en divorcios difíciles.
- Nuestra participación en las intervenciones facilitará la modificación de la representatividad social del TSS superando la mirada reduccionista con la que otros/as profesionales nos identifican asignándonos roles de gestores/as de prestaciones y recursos. Mary Richmond promulgaba como «el trabajo social debe investigar, denunciar, crear opinión pública y favorecer los avances sociales» (Baro y García, 2000, p. 107). Para ejecutar este propósito debemos mantener una mirada crítica desde nuestros entornos laborales, con proyección e incidencia política.
- El trabajo social representado en diferentes servicios como educación, servicios sociales, atención primaria de salud, etc., nos coloca en una posición privilegiada para detectar signos de divorcio difícil. La intervención proactiva favorece un abordaje prematuro, y resignificación de la demanda (García, 2012), que con frecuencia se debe realizar en el CSM al detectar en el niño/a síntomas reactivos a la situación familiar.
- La reciente legislación en materia de protección a la infancia no define concretamente la dotación económica que exige su aplicación, lo que puede provocar diferencias sustanciales según el ámbito geográfico y sensibilidad de los gestores de servicios. Garantizar una cobertura de atención a las familias en procesos de divorcio es una inversión en salud para sus integrantes.
- Del análisis de la realidad desarrollado se desprende una correlación entre divorcios difíciles y atención desde la unidad de TSS del CSM.
- Reivindicar nuestra especificidad de funciones mejorará la visibilidad del valor de las intervenciones de TSS, siendo imprescindible para interpretar y comprender la salud mental actual de los NNA el diagnóstico social sanitario.

*«El espíritu infantil no es un vaso que tengamos que llenar,
sino un hogar que debemos calentar».*
Plutarco

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arévalo, M. (31 de marzo-1 de abril de 2017). *La continuidad de cuidados en salud mental y la construcción de la red de protección en los menores en riesgo*. [Comunicación en congreso]. XXIXI Congreso Nacional de SEPYPNA. <https://www.seypna.com/documentos/articulos/psiquiatria-64/09-AREVALO.pdf>
- Baro, C., y García, R. (2000). Atención al maltrato infantil desde Salud Mental. Departamento de Salud Mental del Servicio Regional de Salud. Trabajo social en salud mental y maltrato infantojuvenil (pp. 107-111). Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós Terapia Familiar.
- Cristino, F. (2022). *Divorcio difícil y maltrato emocional*. Letrame Grupo Editorial.
- Galán, A. (2011). Niños maltratados: ¿Intervención sobre el contexto o sobre los vínculos? *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 51/52, 216-231. <https://www.seypna.com/revista-seypna/articulos/ninos-maltratados-intervencion-contexto-vinculos/>
- Garcés, E. M. (2021). Trabajo social en salud mental infanto-juvenil. M. Miranda y F. J. Galán (eds.), *Lo social en la salud mental II. Trabajo Social en Psiquiatría* (51-71). Pressas de la Universidad de Zaragoza.
- García, B. (2012). Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte de salud mental*, 10(43), 43-52.
- Gil, D. (2023). En el margen o marginado: El lugar epistemológico del trabajo social en salud. *Trabajo Social Hoy*, 100, 91-100. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2023.0017>
- Glasserman, M. R. (1997). Clínica del divorcio destructivo. J. M. Droeven (comp.), *Más allá de pactos y traiciones: Construyendo el diálogo terapéutico* (pp. 252-257). Paidós.
- González, L. (2019). *Dinámica relacional familias-profesionales: Un análisis crítico del sistema de protección de la infancia en el ámbito madrileño*. Universidad Complutense de Madrid.
- Isaacs, M. B., Montalvo, B., y Abelsohn, D. (1986). *Divorcio difícil: Terapia para los hijos y la familia*. Amorrortu Editores.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 175, de 12 de agosto de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8/con>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 134, de 5 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: Período 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Observatorio de la Salud de la Mujer. (2018). *Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario*. https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf

Ríos, A. (2009). Perspectivas psicológicas en los conflictos familiares: La familia y el divorcio. J. Piñero, F. Vargas, y E. Torres (eds.), *Puntos de encuentro familiar: Manual de uso práctico* (pp. 61-81). Fundación Salud Infantil.

COMPRENSIÓN O IMPLICACIÓN. ¿PUEDEN LAS FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS ESPERAR A QUE LAS COMPRENDAMOS?

UNDERSTANDING OR INVOLVEMENT. CAN MULTI-PROBLEM FAMILIES WAIT FOR OUR UNDERSTANDING?

Israel Ureña Mallén
Ricardo Ramos Gutiérrez
Raúl Jiménez Muñoz

Resumen: El Trabajo Social de Casos se ha concebido como una actividad interventiva, instrumental y relacional, para la que se ha planteado la necesidad de establecer un Diagnóstico Social previo, aunque siempre abierto a nuevos datos, a fin de poder desarrollar una intervención que tenga significado y con garantías de racionalidad. Las Familias Multiproblemáticas, sin embargo, ponen a prueba este requisito por la eventualidad, siempre presente en sus vidas, de acontecimientos inesperados y profundamente perturbadores.

En base a ello postulamos en este artículo la necesidad en casos así de intervenciones basadas en una Implicación Orientada más que en el conocimiento profundo previo. Se fundamenta esta propuesta en las características de la Lógica Práctica y se proponen una serie de conceptos en los que apoyarse para, renunciando a una explicación básicamente racional de lo que se debe hacer, alcanzar una intervención adecuadamente razonable y con sentido (dirección) movida por lo que se puede hacer.

Palabras Clave: Trabajo Social de casos, diagnóstico social, familias multiproblemáticas, lógica práctica, implicación orientada.

Abstract: Social Work of Cases has been conceived as an interventional, instrumental and relational activity, for which the need to establish a prior Social Diagnosis has been raised, although always open to new data, in order to be able to develop an intervention that has meaning and with guarantees of rationality. Multi-problem Families, however, test this requirement by the eventuality, always present in their lives, of unexpected and deeply disturbing events.

Based on this, we postulate in this article the need in cases like this for interventions based on Oriented Implication rather than on prior in-depth knowledge. This proposal is based on the characteristics of Practical Logic and a series of concepts are proposed to support it, renouncing a basically rational explanation of what should be done, to achieve an appropriately reasonable and meaningful intervention (direction) moved by what can be done.

Keywords: Social Work of Cases, Social Diagnosis, Multi-problem Families, Practical Logic, Oriented Implication.

«Lo que hago me enseña lo que estoy buscando».
Pierre Soulages

Referencia normalizada: Ureña, I., Ramos, R. y Jiménez, R. (2025). Comprensión o implicación ¿pueden las familias multiproblemáticas esperar a que las comprendamos? *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-14. Doi: 10.12960/TSH.2025.0004

Correspondencia: Israel Ureña Mallén. Email: Israum@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La naturaleza del Trabajo Social ha sido concebida como básicamente interventiva e instrumental (Caballeri, 2008), y particularmente cuando nos referimos, como en este artículo, al trabajo social con casos (Fernández García, 2008) o trabajo social relacional (Cardona y Campos, 2018). Pero con frecuencia se trabaja en unas condiciones en las cuales el desvalimiento de las personas usuarias nos mueve a actuar con urgencia (Rodríguez, 2007) sin disponer de toda la información ni tampoco de haber tenido suficiente tiempo para construir una alianza de trabajo con ellas.

Estas circunstancias son notorias, y más particularmente cuando se trata de las llamadas Familias Multiproblemáticas (en adelante, FMP), que son aquellas que enfrentan simultánea y/o sucesivamente varios problemas psicosociales serios (Coletti y Linares, 1997), también caracterizadas como Familias Multiestresadas, dado que se enfrentan a problemas cualquiera de los cuales estresarían a cualquiera (Madsen, 2007) y como Familias Multiasistidas, que se encuentran requeridas a la vez por varios y variados sistemas profesionales acuciados y dispersos (Imber-Black, 1988).

Intentando aunar estos aspectos, se ha caracterizado a estas familias como aquellas que tienen «demasiados testigos profesionales que se sienten impotentes delante de las incompetencias/dificultades de la familia» (Ramos, 2015, p. 49).

Lo que el Trabajo Social pretende con estos casos, según Mary Richmond (1995), pionera en este campo, es favorecer una mejora sustancial en la calidad de vida de las personas que, por diferentes circunstancias, son más desfavorecidas y solicitan la ayuda de un/a trabajador/a social. Su objetivo sería ayudarles en el afrontamiento de los conflictos psicosociales, y el consiguiente alivio del malestar emocional que conllevan junto con el logro de relaciones interpersonales más satisfactorias (Ituarte, 2017), con el fin de construir un estilo de vida más funcional y satisfactorio a través de descubrir posibilidades y soluciones alternativas (Sousa y Rodrigues, 2012).

No obstante, cuando hablamos de FMP, nuestra experiencia nos indica que el Trabajo Social relacional descrito tiene que estar complementado por un soporte instrumental que abarca desde recursos materiales, acompañamiento cotidiano, así como información y orientación que pueda conectar estas familias con otros servicios y recursos.

En este sentido, el propio Coletti (1997) propone un inventario de recursos que puede ser útil poner a disposición de las FMP como serían: *a)* ayudas materiales y económicas gestionadas directamente por la familia; *b)* ayudas para la utilización de servicios (guarderías, comedores); *c)* ayudas de capacitación y educación laboral; *d)* ayudas de soporte familiar; *e)* ayudas de soporte e integración en la comunidad; *f)* ayudas de conexión y capacitación en la utilización de recursos (informar de recursos existentes y como beneficiarse de ellos); y *g)* ayudas de soporte e intervención terapéutica.

Inventario muy a tener en cuenta dado que las personas usuarias dicen percibir los encuentros con los servicios sociales como trámites de papeles, normas, barreras de acceso a servicios o recursos, acompañados a menudo con un sentimiento de poco respeto a su situación (Puig, 2017). Y dado también que las FMP son más activas y menos dependientes del apoyo formal de lo que suponen los/las profesionales (Sousa y Rodrigues, 2009); con lo cual, ofrecer un recurso útil y conveniente puede ser el puente para un trabajo ulterior con objetivos más amplios, si se precisara.

Lo que nos dicen las FMP es que prefieren el apoyo informal proporcionado por relaciones próximas y de cercanía antes que la ayuda formal distante emocional y geográficamente. El apoyo informal, que quienes suelen buscarlo son las mujeres de las FMP, lo proporcionan habitualmente otras mujeres conocidas, y consiste básicamente en apoyo emocional (alguien con quien hablar de sus problemas) y ayuda práctica a corto plazo (como alguien a quien dejar los niños), mientras que el formal abarca bienes, prestaciones y servicios (p. ej., terapia), y ahí es donde entran los/las profesionales. Entre los motivos de esa preferencia está el riesgo de dependencia en base a la falta de reciprocidad («hoy por ti, mañana por mí») que la familia experimenta en su relación con el sistema profesional (Sousa y Rodrigues, 2009), pudiéndose establecer relaciones más asimétricas y verticales (el/la profesional en posición de «experto»), a diferencia del apoyo informal que facilita relaciones más horizontales.

Además, la petición de ayuda y el encuentro en el que esta petición se materializa no siempre procede de la FMP.

En muchas ocasiones, es la propia agencia social quien identifica el riesgo, bien a través del contacto con diferentes profesionales (escuela, pediatra, etc.), bien como resultado de un trabajo comunitario de los servicios de bienestar. Y en otras es una persona familiar o conocida quien establece el contacto, pero no delegado por la familia sino por iniciativa propia, preocupándose por la situación de la familia.

Y todavía hay otra eventualidad a tomar en consideración: la de familias que establecen contacto, se les deniega la ayuda que ellos solicitan y no vuelven a pedirla, aunque sigan teniendo, o se le vuelvan a presentar, situaciones de necesidad. Familias que pasan a engrosar el conjunto de personas usuarias que no realizan una petición de ayuda, pese a necesitarla, por desconocimiento de la posibilidad, por vergüenza o por falta de confianza en las instituciones de ayuda (Matos y Sousa, 2004). Todo ello nos interpela como profesionales del Trabajo Social para plantearnos modelos de intervención más recíprocos y horizontales que faciliten el vínculo y la actuación con este tipo de familias.

2. DOS CLÁSICOS DEL TRABAJO SOCIAL: LA DEMANDA Y EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Clásicamente se postula que el primer paso para el trabajo con casos es la identificación de la Demanda. Desde el campo del Trabajo Social la Demanda se ha caracterizado como un pedido de ayuda, enunciado a través de un discurso cuyo contenido incluye: la evidencia de un problema o situación adversa, una interpretación de la persona usuaria respecto del problema y un pedido de solución (Travi, 2004).

Sin embargo, el/la trabajador/a social no se encuentra libre para responder a la demanda de la persona usuaria una vez que la identifica, sino que se haya sometido a la tensión existente entre la demanda institucional (lo que reclaman de el/ella jerárquicamente las jefaturas institucionales en base al desarrollo de las políticas sociales) y la demanda social (lo que esperan y reclaman de el/ella las personas que concurren a esas mismas instituciones) (Ghiselli y Castrogiovanni, 2020). Con lo cual el/la profesional pasa de ser el sujeto de la intervención a estar sujeto por las disposiciones normativas o estratégicas que rigen los recursos (Pelegrí, 2004).

Con todo, una vez identificada la demanda, pasando por alto las restricciones de su libertad de acción que lo condicionarán, el/la profesional antes de intervenir se espera que proceda al Diagnóstico Social, el diagnóstico de la Situación Problema desde la que la persona usuaria o la familia realiza (y habría que comprender) su demanda.

El Diagnóstico Social, concepto inspirado en el pensamiento médico, ha sido definido como: «... el juicio profesional que formula el/la trabajador/a social como resultado del estudio y la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en esa situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del/la trabajador/a social y deberá contemplar dificultades y fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional» (Cury y Arias, 2016).

Sin embargo, se ha objetado que la visión clásica de diagnóstico social, tal como la hemos expuesto, no incorpora la dimensión relacional y cooperativa del encuentro entre el/la profesional y la persona en el marco de la relación de ayuda. La recogida de datos para la administración de servicios y prestaciones deja de lado el significado singular que otorga cada persona a los acontecimientos que le han movido a demandar ayuda; y presupone, por otro lado, un/a profesional neutral capaz de llegar a un juicio de valor sobre esos datos respaldado por la narrativa social dominante (acerca de lo que es normal o bueno).

Frente a ello se ha propuesto el concepto de codiagnóstico (Cardona *et al.*, 2017) que establece la necesidad de tener en cuenta el sistema de ayuda constituido por profesional y cliente, y de otorgar a este último/a el protagonismo del saber sobre lo que le pasa y lo que necesita.

Con todo y el cambio de perspectiva que esto representa, sigue subyaciendo la idea de considerar el caso, a semejanza de la Sociedad para Laclau (1993), como una totalidad inteligible, aunque compleja, y no como algo abierto, permanentemente expuesto a acontecimientos capaces de reconfigurarlo; el caso, como lo Social, siempre excede los límites de todo intento de constituirlo. Y tal vez no haya mejor ejemplo de ello que los imprevisibles (o no tanto) acontecimientos que suelen acompañar a las FMP.

Y estos acontecimientos que en las FMP reconfiguran la situación no son nada banales, por otra parte. Eventos como una muerte por sobredosis, la retirada de un menor o un desahucio, por ejemplo, no ocurren cada día en la vida de estas familias, pero tampoco son algo excepcional. Con lo que, trabajando con ellas, incluso con una presencia bastante constante y continuada, se suele acabar imponiendo la necesidad de estar valorando continuamente sus necesidades y los objetivos del trabajo.

Lo que postulamos en este artículo es que un caso no se puede aspirar a comprender globalmente, sino solo lo suficiente para orientarse y tomar una dirección para la intervención. Un/a profesional no contempla e interpreta el caso, se ve expuesto a él (Bourdieu, 2003). Y responde a él en función de su posición actual y potencial (previsible) en el mismo; de la distancia que puede mantener frente a las urgencias del caso y de las posibilidades que contempla de salida del mismo.

Aunque los/las profesionales valoramos el trabajo colaborativo y de coordinación con otros/as profesionales implicados/as, muchas veces no lo ponemos en práctica todo lo que deseáramos.

Los criterios de intervención basados en el marco ecológico-sistémico suelen ser la excepción y no la norma. Es posible que se sepa la existencia de otros/as profesionales, pero nuestra experiencia nos lleva a corroborar el hecho, ya señalado, de que no hay voluntad de consensuar una definición del problema y la solución (Cardona *et al.*, 2017b).

En lo que más nos vemos abocados/as los/las profesionales es a poner en práctica intervenciones relacionadas con variables estructurales y de subsistencia del sistema familiar (situación laboral, vivienda, salud, economía o motivación). Asimismo, los criterios de intervención que más utilizamos responden a los requerimientos que las instituciones nos hacen antes que a la comprensión de la situación problema que presenta la familia, con lo que acaba imponiéndose un contexto básicamente asistencial. Así que, para no quedarnos en el simple asistencialismo, tenemos que asumir que la práctica reclama su propia teoría.

3. PARA UNA TEORÍA DE LA PRÁCTICA. ELEMENTOS PARA ORIENTAR LA IMPLICACIÓN PROFESIONAL

Necesitamos, pues, «una teoría que no menosprecie, en ningún caso esa “intuición” que a veces nos hace percibir algo relevante, incluso sin poder aportar evidencia alguna que lo fundamente» (García, 2008). Lo que Schön ha llamado un saber intuitivo en el transcurso de la acción (Schön, 1988) que nos ayude a dar cuenta de la orientación práctica hacia la práctica, de lo que orienta al ocupante de un lugar en el espacio social (para nosotros, la persona profesional que ocupa una posición en el caso) (Bourdieu, 1998) hacia las prácticas (intervenciones) ajustadas a las circunstancias que nos encontramos.

El/la profesional se incluye en el caso con una pre-disposición y una pre-ocupación anteriores a su contacto con él, fruto de su experiencia acumulada y de la responsabilidad que intuye que le va a ser requerida, y orienta su intervención sobre la base de sus disposiciones, capacidades y experiencia más que sobre las características del caso. En este sentido podríamos decir que la persona profesional no contempla e interpreta el caso, sino que lo construye; y lo hace por una cierta manera de orientarse en lo que está pasando y de actuar en consecuencia.

Su actuación no es, pues, el fruto de un plan racional y concreto del que se pueda dar cuenta acabada. No se basa en la razón fruto de un conocimiento previo suficiente, sino de la razón razonable al hilo y a rebufo de lo que va conociendo y tal como se lo muestra lo que va pasando (Bourdieu, 1998). Pero tampoco se trata de una actuación arbitraria, azarosa. Se trata de hacer lo que toca hacer.

Se trata de hacer lo que se le impone como sensato en el momento que se le presenta como oportuno, al hilo de su experiencia previa y de su presencia activa en el territorio del caso y fruto de un conocimiento claro pero confuso, como dice Leibnitz (Bourdieu, 1998), un conocimiento que no se conoce (De Certeau, 1990), un conocimiento sin conciencia, por la experiencia, práctico y evaluativo (Augé y Colley, 2012).

Es un conocimiento tácito y del que es difícil dar una explicación racional, como el que subyace en la vida social cotidiana a los comportamientos guiados por el tacto y la delicadeza. Y sobre el que solo se reflexiona ante su fracaso, pero no buscando en la reflexión tanto comprender lo que ha fallado (¿qué ha pasado?), cuanto aprovechar lo que se ha logrado (¿cómo puedo seguir ahora?).

Pero, desde una perspectiva así, fruto de la asunción de la incertidumbre como algo inevitable y substancial en el trabajo en situaciones complejas como es el trabajo social con este tipo de casos, ¿es posible aspirar a intervenir no solo para paliar las consecuencias de una situación, sino para promover o, más exactamente contribuir a promover un cambio?

Desde el campo de la psicoterapia en contextos comunitarios se nos dice que no es necesario un conocimiento profundo, contrastado y detallado de los hechos de la vida de la familia o del paciente antes de poder actuar terapéuticamente. Lo que se necesita es crear y cambiar estructuras microsociales (nuestros rituales de intervención) para alumbrar contextos que faciliten nuevas conversaciones (Pakman, 1999).

En base a ello nuestra respuesta es que sí es posible contribuir significativamente al cambio, si nos arriesgamos, desde nuestra posición y con nuestro anhelo, a ser alguien durante un tiempo en la vida de las familias y/o las personas usuarias.

4. PARA UNA PRÁCTICA DE LA TEORÍA. UN CASO ENTRE LA IMPLICACIÓN Y LA COMPRENSIÓN

En lo que queda de artículo expondremos un caso que permita concretar nuestra propuesta de que la intervención social tiene un insoslayable carácter práctico e instrumental a la vez que relacional, y añadir algunos conceptos que pueden sustentarla en la práctica.

El enfoque básico de intervención es el Modelo de Atención Centrada en la Familia en los Servicios Sociales (Ureña *et al.*, 2017) que se articula en tres ejes: el vínculo como hilo conductor de la intervención; la intervención en el contexto de la familia/persona; y la intervención familia-red profesional incluyendo a las familias. Este modelo se inspira en la ayuda colaborativa (Madsen y Gillespie, 2014), la alianza terapéutica (Escudero y Friedlander, 2019) y el trabajo en red de Imber-Black (1988).

Se trata de una familia de origen extracomunitario formada por un matrimonio y tres hijos, uno con una discapacidad grave (parálisis cerebral), una hija adulta y otro hijo menor de edad. La familia vino hace 20 años a España, residiendo desde entonces en un municipio mediano de la provincia de Barcelona.

Desde sus inicios en España la familia se ve expuesta a una combinación de elementos altamente estresantes: grave precariedad económica (viven gracias a la pensión del hijo incapacitado), riesgo de exclusión residencial (sufrieron un desahucio) y situación de maltrato por parte del padre a todos los miembros de la familia.

Esto provoca que la familia sea atendida de forma intensa y con pocas señales de mejoría durante años por los servicios sociales y otros servicios. Los problemas psicosociales prolongados en el tiempo, la nutrida red profesional y la sensación de escepticismo e impotencia de diferentes profesionales, nos permiten proponerla como un ejemplo de FMP tal como las hemos definido en este artículo.

La situación de maltrato ejercida por el padre y la dificultad de la madre por sostener un contexto de seguridad para sus hijos provocó que el hijo menor de edad fuera retirado por los servicios de protección al menor y actualmente reside en un centro de menores.

Un año después de este hecho, y como consecuencia de un episodio de violencia, la madre, la hija mayor de edad y el hijo discapacitado se escapan del domicilio y la madre interpone denuncia por maltrato y demanda de divorcio. Un par de meses más tarde el padre se marcha a su país de origen. La madre aprovecha para volver con sus dos hijos al domicilio (propiedad de un banco y con contrato de alquiler social a nombre del padre). En este momento se producen también cambios en la red profesional: cambian los dos referentes de Servicios Sociales (trabajador/a social y educador/a social) y también los referentes del equipo de infancia que hacen el seguimiento del hijo menor institucionalizado y la familia.

La intervención de los nuevos profesionales de los Servicios Sociales se centra en varios objetivos complementarios. Facilitar, por una parte, un contexto de seguridad en el entorno familiar y en el sistema de ayuda constituido por profesionales y la familia (Cardona *et al.*, 2017), a la vez que focalizar en necesidades prácticas y de supervivencia como ocuparse en ordenar lo relativo a prestaciones y vivienda, garantizar unos mínimos de subsistencia y coordinar la intervención con diferentes profesionales como el equipo de infancia, el abogado, la policía, etc.

Todo ello se realiza mediante acompañamientos fuera de los despachos y en los diferentes contextos en que debe desenvolverse la familia (juzgados, policía, oficinas de prestaciones, domicilio, banco...). Realizar la intervención fuera de los despachos y acompañar a la familia promueve el vínculo y el enganche en tanto que facilita el tipo de relación basada en la informalidad y proximidad que ya dijimos que las FMP prefieren, y resuelven problemas prácticos, normalmente irresolubles desde los despachos, que saturan el trabajo cotidiano.

Estos acompañamientos son combinados entre los dos referentes del caso en Servicios Sociales a veces en forma separada y otras, particularmente cuando hay un evento relevante (día del juicio) o un objetivo práctico (recuperación por la madre de la prestación por el hijo discapacitado) de forma conjunta.

El tener como referencia un Modelo de Atención Centrado en la Familia no obvia mantener la atención en las circunstancias, las urgencias y el ritmo en el cual se desenvuelven estos casos. Las eventualidades, muchas de ellas imprevisibles (aunque esperables) que suceden a las familias en casos así convierten a la intervención, como ya se ha señalado, en una suerte de acompañamiento «intuitivo e improvisado»; y, por tanto, la pretensión de establecer un diagnóstico o codiagnóstico suspendido o impermeable en el tiempo al margen de los acontecimientos se vuelve inconcebible.

En consecuencia, nos vamos implicando y conociendo a las familias a tenor de las circunstancias del caso, tanto familiares como institucionales. Discernir lo que es relevante ante lo que sucede o decidir que intervención implementar, aún en base al poco conocimiento que tengamos del caso en un momento dado, se convierte en algo cotidiano que no nos tiene que inhibir; es más, resulta necesario hacerlo.

Pensamos que un enfoque metodológico centrado en la ayuda práctica e instrumental principalmente en el contexto de la persona, y el vínculo como eje de la intervención puede ayudar a sortear, en parte, las dificultades en que se ven inmersos estos casos. Conocer e intervenir van de la mano. Un concepto que se aproxima a lo que proponemos sería el de «improvisación disciplinada» (Madsen y Gillespie, 2014).

Volviendo a la familia, la situación en ese momento se caracteriza por una vivencia de pánico por parte de la madre y los hijos (nunca salen solos del domicilio) ante el posible retorno del padre. Por otra parte, existe una gran desorganización en relación con gestiones pendientes (la demanda de divorcio, la pensión del hijo que la seguía cobrando el padre y lo relativo a la vivienda, que estaba a nombre del padre) y una situación crítica a nivel de subsistencia por carecer de ingresos.

El padre finalmente regresa y esto incrementa la inseguridad y angustia de la familia. Ante esta situación, la familia se apoya en un par de vecinas y en los profesionales de los servicios sociales, con contactos frecuentes. Hay también un familiar residente en otra comunidad autónoma que se interesa por la situación de la familia.

Detengámonos aquí para empezar a introducir alguno de los conceptos de apoyo al acompañamiento «intuitivo e improvisado» que estamos proponiendo. El primero es el concepto de Acontecimiento. Entre la vorágine de cosas que están sucediendo hay una que cabe resaltar: el hecho de que, cuando la madre y los hijos se escapan de la casa, la madre interpone una denuncia por maltrato y una demanda de divorcio.

Un Acontecimiento es algo que ocurre de forma inesperada, aunque a posteriori pueda ser tratada como esperable («¡Por fin! Ya veremos lo que dura»). Es, pues, algo que da que hablar. Y que es capaz de convocar a quienes lo sostengan (y a quienes necesita para sostenerse) en tanto que señala una posibilidad de cambio que la familia ya está comenzando a recorrer.

Creerse este posible cambio o, como mínimo, hacerse eco de él es algo que está más al alcance de los nuevos profesionales que entran en el caso que no de otros profesionales que han podido cronificarse con el caso y que fácilmente pueden valorarlo como un episodio más de la trama familiar o trayectoria del caso. La denuncia y la demanda sería lo que denominamos Acontecimiento Primario (Ramos, 2019; 2024).

La sensibilidad a captar lo que puede ser un Acontecimiento y la disponibilidad a seguirlo y sostenerlo son, pues, elementos básicos en la implicación activa que proponemos.

Por otra parte, la aparición de nuevas figuras activas en la red natural de la familia, como las vecinas o el familiar de otra comunidad, nos permite proponer la idea de Comunidad Personal (Pahl y Spencer, 2004; 2010) haciendo referencia a la red de apoyo actual que va más allá de la familia (amistades, vecinos...) y que puede ser significativa a la hora de promover o consolidar un cambio.

Son personas que resulta recomendable incluirlas en la intervención. Se trataría de aquellas que pueden alegrarse de una buena noticia, o sentirse orgullosas y no sorprenderse de la determinación de una persona por mantener un cambio; y cuya presencia virtual puede alcanzarse fácilmente con preguntas derivadas de las prácticas narrativas (¿Quién no se extrañaría de saber que Vd. ha conseguido tal logro? ¿Qué diría si estuviera aquí?...?) (White, 2016).

Volviendo al caso, con el regreso del padre, este va apareciendo en escena provocando situaciones de pánico a la familia y boicoteando los intentos de que consigan una mínima estabilidad económica y residencial. No obstante, con el paso de las semanas la madre y los hijos (especialmente la mayor) se van empoderando y reaccionando de forma distinta ante el padre y sus estrategias de boicot. De hecho, en los acompañamientos o visitas cada vez es más frecuente que tanto la madre como la hija mayor acudan solas, sin necesidad de venir juntas.

En uno de esos acompañamientos la hija mayor desvela a uno de los profesionales que su padre la había violado. Esta información, en un contexto poco proclive a ser tratado (la puerta de una entidad bancaria), abre nuevos caminos y temas a la intervención que aguardan a un contexto idóneo para ser tratada en un futuro.

Poco después se produce un nuevo acontecimiento significativo, que es la sentencia de divorcio. Es lo que llamamos Acontecimiento Secundario (Ramos, 2019; 2024) que está, por así decir, en la misma onda que el Acontecimiento Primario. Es como una especie de reverberación que permite, en este caso, afianzar los cambios que ya venían en marcha relacionados con la situación económica y de vivienda, y permite, además, neutralizar las maniobras del padre para boicotearlas.

Este acontecimiento secundario permite, por una parte, fortalecer la vivencia de seguridad de la familia ante el nuevo proyecto; y por otra, reafirmar a ojos de los diferentes profesionales que el cambio liderado por la familia unos meses antes, con todos sus miedos y vacilaciones, no era una quimera, sino algo sólido, hecho que reafirma en su posición a los profesionales que creyeron o se hicieron eco de él.

Y que hace posible lo que llamamos una Reconfiguración del Caso (Ramos y Valle, 2023; Ramos, 2024). La posibilidad de plantear nuevos objetivos de intervención a nivel familiar, individual de cada miembro y con la red profesional. Empezar a ocuparse, a dar cabida, con autoridad y legitimidad, al nuevo proyecto y sus dificultades (como quieren que sean, de aquí en adelante, sus vidas) en lugar de centrarse en el viejo patrón y sus reiteraciones.

Paralelamente el equipo de Infancia, también nuevo, acuerda por su cuenta, con la madre, un nuevo Plan de Mejora que implica el aumento de visitas semanales con el hijo menor, mientras que al padre se le prohíben las visitas. Un indicio más de que las cosas en y con esta familia se están moviendo. Pero la madre es informada de que la estancia de su hijo en el centro de menores se alargará durante, al menos, dos años.

Esta noticia le cae como un jarro de agua fría, cuando no solo está cumpliendo con su plan de divorciarse y de atender las visitas con su hijo, sino que nos enteramos de que estaba empezando a asistir por su cuenta a un grupo de empoderamiento de mujeres del barrio, y había obtenido recientemente un certificado de profesionalidad que incrementaba sus posibilidades laborales. Una vez encauzada su situación económica, residencial y con su expareja, la madre se ve ahora ante el muro de un sistema de protección infantil que, aunque va conociendo los cambios, prefiere ir sobre seguro y, aunque dispuesto a aumentar las visitas, pospone el retorno.

Esto nos permite introducir dos últimos conceptos para ayudar a decidir, sobre la marcha, la intervención. El primero es el de Principio de Visión y División (en adelante, PVD) (Bourdieu,

1995). Se suele dar por supuesto que distintos profesionales que atienden el mismo caso tienen diferentes «miradas» sobre el mismo, pero que estas miradas son complementarias y, por tanto, las intervenciones son consensuales.

Nuestra propuesta es que las personas profesionales no basan su intervención en lo que ven/saben sino en una clasificación básica y cuasi automática, un saber práctico y local que circunscribe la mirada en «lo que me toca hacer» para hacer frente a las preocupaciones que me despierta el caso; en nuestro ejemplo, el equipo de Protección, aun sabiendo que la familia está mejorando (ampliación de las visitas), no se fija en la familia (y su decepción) sino en el menor y, claro está, «por si acaso», mejor en un centro.

Y el último concepto, derivado de éste, es el de Sistema Determinado por el Problema (en adelante, SDP) (Anderson y Goolishian, 1988). Desde la perspectiva sistémica clásica se plantea que un Problema es el resultado de la Disfunción de un Sistema (la familia). Estos autores plantean que, por el contrario, un Sistema es el resultado de la Difusión de un Problema. Un Sistema sería una red conversacional redundante centrada en el problema, que ignora otros aspectos de la familia, particularmente sus recursos.

El Problema sería una definición performativa de una Situación Problemática realizada desde un lugar institucional para hacerla manejable, definición que contempla una conducta determinada como una cuestión de la persona, sin considerar el contexto en que aparece. Pero desde distintos lugares institucionales diferentes profesionales priorizan para hacer manejables distintos aspectos de la misma situación, en base al PVD con que se manejan en ella.

Así que, cuando a pesar de un cierto equilibrio y buena disposición entre servicios se plantea un conflicto entre PVD distintos, en este caso unos servicios sociales centrados en la familia que se posicionan hacia un aumento de visitas y en marcar en el horizonte más o menos cercano un retorno del menor, y un servicio de infancia más cauteloso que observa los cambios con cierto escepticismo y apuesta por que el menor siga ingresado en el centro, la confrontación directa tiende a perpetuar y enconar la situación, por lo que quizás hay que trabajar desde la postura de que, por el momento, la continuación del ingreso es un mal menor asumible.

Asumible en tanto que el horizonte abierto por el acontecimiento permite plantear nuevas intervenciones al alcance de los profesionales de los Servicios Sociales. Por una parte, permite un trabajo individual con la madre apoyándola para que continúe en el grupo de empoderamiento de mujeres del barrio y también a nivel laboral (sacar provecho al recién obtenido certificado de profesionalidad); también con la hija mayor permite abordar su futuro laboral y personal, y plantearle si necesita ayuda respecto a la información que desveló acerca de la violación de su padre.

Y, por otra parte, con la red profesional, todo esto abre la posibilidad de intervenir con, y sobre, el equipo de infancia abanderando el aumento de las visitas del hijo menor con el objetivo de plantear en un futuro más cercano que lejano un retorno con la familia.

5. CONCLUSIONES

El tipo de intervención social que hemos propuesto no contradice el peso en el caso de una historia de graves dificultades de las FMP, ni los intentos previos fallidos de la familia para vivir otra vida posible, ni tan siquiera el carácter instrumental de la profesión orientada a cubrir determinadas necesidades básicas a través de recursos específicos en un momento dado.

Lo que planteamos no es la existencia en la familia de una problemática básica ignorada hasta ahora, sino que proponemos la Reconfiguración del caso a través de un nuevo SDP, en un equilibrio más sano, a la espera de un nuevo acontecimiento que abra, o no, unas nuevas oportunidades.

Y lo hacemos buscando eco a los nuevos acontecimientos que ocurran en la vida de la familia (Ramos, 2019b), intentando así cambiar los circuitos de comunicación establecidos (familia-profesionales e interprofesionales) que, en el caso de FMP consideramos que suelen estar cronificados y resultar infructuosos. Todo ello con miras a ir transformando el SDP en un Sistema Guiado por la Oportunidad.

El caso que hemos presentado trata de ejemplificar como, a través de los miembros de la FMP, empiezan a tomar relevancia determinados sucesos que transcurren y protagonizan en sus propias vidas; y como estos sucesos/acontecimientos están aletargados a la espera (más o menos caduca) de que un/a profesional los pueda recoger y tenga la disposición de darles un valor que no se corresponda con la profecía autocumplida de «un intento (fallido) más de esta FMP».

Una persona profesional con una predisposición a estar presente y activo en el caso, y centrado en co-construirlo junto y desde la familia usuaria, tendrá posibilidades de Reconfigurar el caso; y no únicamente con la familia (planteándoles nuevos objetivos de intervención familiar), sino ante un SDP (requisito existencial para una FMP), pudiéndose hacer eco de los acontecimientos ante diferentes profesionales y permitiéndoles a (algunos de) éstos romper la inercia de observar el caso como imposible y empezar a observarlo como un caso que está cambiando.

Determinados acontecimientos en la vida de la familia permitirán abordar junto con ella y diferentes profesionales que integran el SDP otros temas de los que empieza a ser oportuno hablar y que vayan posibilitando dejar de centrarse en las temáticas que en su momento la hicieron recurrir a un/a trabajador/a social y convocaron a más profesionales al SDP. Un poco como en el cambio de paradigma en la ciencia (Kuhn, 2005), en que el nuevo arquetipo permite seguir avanzando, no por dar solución a los problemas irresolubles al paradigma anterior, sino por plantear otros problemas a resolver.

En este caso concreto, de la tragedia de una familia maltratada por el padre (trama principal del caso durante años) pasamos a una familia que, pese a esta historia, empieza a sanar del maltrato a través de que la madre se atreve a abandonar el domicilio junto a sus hijos, interpone una demanda de divorcio contra el esposo, participa por propia iniciativa en un curso de empoderamiento para mujeres, etc.

En función del PVD de cada sistema profesional, estos acontecimientos serán más o menos interpretados como indicadores de protección hacia los hijos y/o como movimientos de la familia en aras a volver a recuperar una vida más autónoma y de calidad. Pero serán conocidos, con más

o menos detalle, en función del empeño del trabajador social (en este caso) de llevar a otros/as profesionales a modificar y ampliar sus temas de conversación con la familia.

Este planteamiento puede alejar a las personas profesionales de su zona de confort, puesto que les pide pasar de intervenir en el caso desde un conocimiento claro pero confuso (nunca completo), a formar parte del caso desde un conocimiento confuso, pero claro. Confuso porque se desconoce que ha podido pasar en la vida de las familias desde la última vez que las contactamos, pero con el conocimiento claro que nos proporciona la experiencia profesional de estar en primera línea de la atención social.

Y que, desde una postura implicada, de estar presente en el caso, nos ayuda a, si no podemos hacer lo racional, hacer siempre lo razonable.

6. AGRADECIMIENTOS

A Anna Balaguer Alvira (Educatora Social), por poner en práctica la implicación y la comprensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, H., y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Evolving Ideas about the Implications for Theory and Practice. *Family Process*, 27(1), 371-393.

Augé, M., y Colleyn, J. P. (2012). *Que es la antropología*. Paidós Ibérica.

Bourdieu, P. (1995). *Las Reglas del Arte. Génesis y Estructura del Campo Literario*. Ed. Anagrama

Bourdieu, P. (1998). *La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Ed. Taurus.

Bourdieu, P. (2003). *Meditations Pascaliennes*. Editions du Seuil.

Caballeri, S. (2008). Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. En R. Castronovo, y S. Caballeri (eds.), *Compartiendo notas. El trabajo social en la contemporaneidad* (pp. 37-47). Ediciones de la Unla.

Cardona, J., y Campos, J. (2018). La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa. *Revista de Treball Social*, 214(1), 29-43.

Cardona, J., Cuartero, M. E., y Campos-Vidal, F. (2017). Diagnóstico Relacional Colaborativo. Alternativas. *Cuadernos de trabajo Social*, 24(1), 67-90.

Cardona, J., Cuartero, M.E., y Campos, J. F. (2017b). La comprensión de la situación problema en el trabajo social de casos. Resultados de una investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 149-162.

De Certeau, M. (1990). *L'Invention du quotidien 1. Arts de faire*. Ed. Gallimard.

- Coletti, M., y Linares, J. M. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós.
- Cury, S., y Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «Diagnóstico Social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23(1), 9-24.
- Escudero, V., y Friedlander, M. (2019). *Alianza Terapéutica con Familias*. Herder.
- Fernández, T. (2008). *Trabajo Social con Casos*. Alianza Editorial.
- García, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación en la intervención social. Ecos de Mary Richmond. *Servicios Sociales y Política Social*, 83(1), 9-37.
- Ghiselli, S. y Castrogiovanni, N. (comp.) (2020). *Trabajo social y situaciones problemáticas*. Edunpaz, Ed. Universitaria.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems. A family therapist's guide through the labyrinth*. WW. Norton Company.
- Ituarte, A. (2017). El vínculo terapéutico en el trabajo social clínico: sentido, características y límites. En C. Guinot y A. Ferrán (eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 99-110). Deusto Digital. Universidad de Deusto.
- Kuhn, Th. (2005). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Laclau, E. (2000). *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*. Nueva Visión.
- Madsen, W. (2007). *Collaborative therapy with Multi-stressed families*. Guilford Press.
- Madsen, W., y Gillespie, K. (2014). *Collaborative Helping. A Strengths Framework for Home-Based Service*. Wiley.
- Matos, A. R., y Sousa, L. M. (2004). How Multiproblem families try to find support in social services. *Journal in Social Work Practice* 18(1), 65-80. <https://doi.org/10.1080/0265053042000180590>
- Pakman, M. (1999). Designing Constructive Therapies in Community Mental Health: Poetics and Micropolitics in and beyond the Consulting Room. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 83-98.
- Pahl, R., y Spencer, L. (2004). Personal Communities: Not simply families of fate or choice. *Current Sociology*, 52(1), 199-221.
- Pahl, R., y Spencer, L. (2010). *Family, Friends and Personal Communities: Changing Models-in-the-Mind*. Institute for Social and Economic Research. University of Essex.

- Pelegrí, X. (2004). El poder en el trabajo social. *Cuadernos de trabajo social*, 17(1), 21-43.
- Puig, C. (2017). Mas allá de la intervención social, más cerca del cuidado: construyendo cultura del cuidado. En C. Guinot y A. Ferrán (eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 125-138). Deusto Digital. Universidad de Deusto.
- Ramos, R. (2015). *Terapia Narrativa con familias Multiproblemáticas*. Ed. Morata.
- Ramos, R. (2019). Elementos para una Teoría de la Colaboración Interprofesional. *Mosaico*, 73(1), 74-84.
- Ramos, R. (2019b). Historia, Conversación y Acontecimiento: tres elementos de la Narración Terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 30(1), 114, 17-29.
- Ramos, R., y Valle, A. (2023). Formulación, Lógica y Reconfiguración del Caso. *Mosaico*, 83(1), 24-40.
- Ramos, R. (2024). *La terapia como empeño colaborativo. Cambio, colaboración profesional y conflicto*. Ed. Morata.
- Richmond, M. (1995). *El caso social individual. El diagnóstico social*. Editorial Talasa.
- Rodríguez, A. (2007). Más allá de la perspectiva crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20(1), 117-137.
- Schön, D. (1988). *El profesional reflexivo*. Ed. Paidós.
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2009). Linking formal and informal support in multiproblem low-income families: The role of the family manager. *Journal of Community Psychology*, 34(5), 649-662.
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2012). The Collaborative professional: towards empowering vulnerable families. *Journal of social Work Practices*, 26(4), 411-425.
- Travi, B. (2004). La investigación diagnóstica en trabajo social: la construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En M. Escalada (ed.), *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional* (pp. 93-109). Espacio Editorial.
- Ureña, I., Roldán, E., Molina, X., Mollón, L., Cortés, P., Marín, MJ., Fernández, C., Calabria, N., Gracián, M., Serradell, X., Pulido, L., Pérez, C., Hortas, S., Lacasta, S., Mesa, T., Bocanegra, M., y Villegas, S. (2017). Por un modelo de atención centrado en la familia en Servicios Sociales. *Servicios Sociales y Política Social*, XXXIV, 114, 69-85.
- White, M. (2016). *Mapas*.

EL NIÑO EMPERADOR. DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL EN UN MUNDO TRANSHUMANISTA

THE EMPEROR CHILD. CHALLENGES OF SOCIAL WORK IN A TRANSHUMANIST WORLD

Jesús Acevedo Alemán

Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen: Un mundo de economías globales, de inteligencia artificial y pospandémico, que se está caracterizando por la presencia de nativos digitales, de una generación millennial, hiperconectada y de mayores recursos cognitivos, es decir, más evolucionada. Manifiesta de igual forma, su lado oscuro, un ser humano menos empático, indiferente a las realidades, egocéntrico, y que viene respondiendo únicamente a los excesos de un mundo frenético, lleno de patologías y de conductas cada vez mas agresivas. Visibilizado en rostros, como el de los «Niños Emperador o Dictador», quienes, así como en la antigua Roma, deciden desde su control y dominio el bienestar de los otros, a través de manipulaciones, agresiones o conductas hostiles que deterioran las dinámicas familiares y, por ende, los estados de bienestar. En tal sentido, el propósito del presente texto, es el exponer las características del Niño Emperador en el marco de las crianzas infantiles (Bandura, 1984) en 60 familias, de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. Estudio que describe las principales conductas de dicho perfil, así como los modelos de crianza bajo los cuales se gestan dentro de las familias de origen, generando hallazgos que no solo lo visibilizan, sino que permiten enunciar una serie de propuestas de intervención desde la perspectiva de un Trabajo Social contemporáneo.

Palabras Clave: Niño Emperador; Trabajo Social; Prácticas de crianza infantil.

Abstract: A world of global economies, artificial intelligence, and post-pandemic, which is characterized by the presence of digital natives, a millennial generation, hyperconnected and greater cognitive resources, that is, more evolved. He also manifests his dark side, a less empathetic human being, indifferent to realities, egocentric, and who has been responding only to the excesses of a frenetic world, full of pathologies and increasingly aggressive behaviors. Visible in faces, such as that of the «Emperor or Dictator Children», who as well as in ancient Rome, decide from their control and domination the welfare of others, through manipulations, aggressions or hostile behaviors that deteriorate family dynamics and therefore, welfare states. In this sense, the purpose of this text is to expose the characteristics of the Child Emperor in the framework of child rearing (Bandura, 1984) in 60 families, in the city of Saltillo, Coahuila, Mexico. Study that describes the main behaviors of this profile, as well as the parenting models under which they are gestated within the families of origin. Generating findings that not only make this profile visible, but also allow us to enunciate a series of intervention proposals from the perspective of a contemporary Social Work.

Keywords: Child Emperor; Social Work; Parenting Practices.

Referencia normalizada: Acevedo, J. (2025). El niño emperador. Desafíos del Trabajo Social en un mundo Transhumanista. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-13. Doi: 10.12960/TSH.2025.0005

Correspondencia: Jesús Acevedo Alemán. Email: jesusaceve@hotmail.com

1. EL TRABAJO SOCIAL, EN UN MUNDO TRANSHUMANISTA. LA 2.ª RECONCEPTUALIZACIÓN

La pandemia del COVID-19, así como sus diferentes variantes, dejó entrever un sinnúmero de fenómenos sociales en todos los niveles, desde económicos, sociales, políticos, culturales, ideológicos, y de distinta naturaleza. De igual forma, detonó en la generación de protocolos de autocuidado y nuevas maneras de convivencia, basadas en el distanciamiento social, o también llamada la «sana distancia». Tales condiciones, derivaron en la gestación de una nueva generación de seres humanos, caracterizados por sobrevivir a una pandemia, al igual que a climas de violencias en todos los niveles. Como proceso larvario, dicho contexto pandémico alimentó a una nueva sociedad, criada *in vitro*, alimentada por insumos y nutrientes virtuales, bajo escenarios artificiales. Todo ello, ante el necesario distanciamiento social, por cuestiones de salud pública, donde las interacciones presenciales fueron mínimas o en ocasiones nulas. Sustituyendo en gran medida el contacto humano, por la *interface* o por las relaciones interpersonales *online*, con un exponencial uso de dispositivos inteligentes, y tecnología de comunicación que permitió, no solo la conectividad, sino la hiperconectividad con el medio ambiente.

Ahora bien, una sociedad que se conecta y que permanentemente se alimenta de los datos, y que sus interacciones son cada vez más virtuales, es de entender que evolucionan, y desarrollan otro tipo de sensibilidad, o de percepciones sobre lo que entienden por realidad. Por un lado, el ser humano ante los nuevos escenarios evoluciona en su cognición, pero también ante el uso de dispositivos tecnológicos y su incorporación a su vida cotidiana se convierten en una especie de «híbrido tecnológico», potencializando todos sus sentidos para lograr adaptarse a las nuevas realidades, o condiciones de vida que imperen (Darwin, 2022).

Dicho híbrido, ha sido nombrado en las redes sociales y en diversos textos, como la «Generación de cristal», término asociado a Monserrat Nebrera, quien lo utilizó por primera vez, para referirse a los jóvenes nacidos después del año 2000. Describiendo que dicha generación se distingue por estar inmersa en el mundo digital; una generación destacada por ir siempre aprisa, por la inmediatez, por la acumulación de conocimiento (datos), pero distante de la sabiduría o de la reflexión profunda de las premisas de la vida; una generación mezcla de una existencia hedonista e indolente y de creciente frustración ante las expectativas creadas por la exposición a las redes, y al mundo digital (Nebrera, 2021).

De igual forma, el término «cristal» se ha asociado a la fragilidad, que según Nebrera (2021) los jóvenes que responden a dicho constructo, se destacan por tener una personalidad «inestable» o «inseguros», reflejo de pertenecer a familias que pese a las carencias que se vivieron en algún momento de su vida, buscaron ofrecerles los mejores hábitats, las mejores condiciones, alejados de carencias, lo que los llevó a ser herederos de mejores condiciones de vida, a comparación de sus padres. El término «cristal» pese a que ha sido utilizado de forma peyorativa, para referirse a una generación de mayor sensibilidad ante los problemas y desafíos. Eso también los volvería más críticos de la realidad social a la que se enfrentan, por lo que son menos tolerantes a las injusticias, o al menos, a aquellas cosas que, desde su lectura del mundo reconocen como injusto, que pueden llegar a ser debatibles, al carecer de reflexión y profundidad (Milenio, 2022).

Una generación, considerada también como nativos digitales, donde la tecnología y sus avances forman parte de su día a día. En donde, todo es efímero y su vida social se desarrolla principalmente en las redes sociales. Una generación que se está caracterizando por no reconocer la

autoridad, por haber vivido ambientes sobreprotectores, por una falta de empatía, por poseer poco o nulo interés por la lectura y la cultura. Una generación que se perfila como un grupo con situaciones de baja autoestima, por ello, buscan el reconocimiento constante, a través de los *likes* o de los «me gusta» dentro de sus perfiles. Y que tienen poca tolerancia a la crítica, al rechazo y la frustración. Sin embargo, en contraparte, son más receptivos a los problemas sociales, y pueden desarrollar mayor inteligencia emocional, con una claridad en los valores como la amistad, la valentía, la prudencia, la templanza, la fortaleza y la justicia, todo ello, a partir de la manera en la que perciben la realidad, donde prevalecen sus habilidades audiovisuales y tecnológicas (Milenio, 2022).

Una nueva generación que, bajo un contexto, donde la era de la inteligencia artificial se hace presente, así como la llegada del 6G (sexta generación de redes móviles), representadas por sociedades altamente tecnificadas, como lo pueden ser las sociedades cristal. Donde apenas se necesita el recurso humano, el cual es sustituido por robots, o maquinarias automatizadas. Nueva generación que, frente a sus retos, se viene complejizando aún más, en expresiones o fenómenos conductuales distintos, como puede ser las conductas de niños y niñas, con actitudes de «dictador o emperador», caracterizados por no respetar las normas, que ridiculizan y se comportan de modo agresivo con sus padres, llegando a la agresión física (Acevedo, 2010). Fenómeno donde se invierten los papeles, el niño o adolescente menor de edad pasa a ser el agresor, aunque dependa de sus víctimas, los padres, ya que estos son los que están obligados a su educación y cuidado por ley, resultando obligado la víctima a convivir con su «pequeño agresor» (Aroca y Moledo, 2014).

Precisando Rocamora (2015) que, a dichas prácticas, se les ha identificado como el «Síndrome del Emperador», y es considerado como un trastorno de la conducta infantil que se manifiesta en forma de desafío, chantaje e incluso agresión a los padres, que han perdido toda autoridad para el menor. Este comportamiento abusivo se puede extender a otros adultos, que pueden formar parte o no de su propia familia. Los niños y niñas, con este síndrome se caracterizan por manipular a sus padres, para conseguir lo que quieren, y en el momento en el que lo quieren, se convierten en el dominador de su hogar, son quienes eligen las comidas del día, a dónde pasear, qué programa de televisión es el que se verá, y más actividades que un niño sin ese síndrome no podría elegir todos los días. Estos niños amenazan, agreden psicológica o físicamente a sus padres, y parecen no haber desarrollado las emociones morales como la compasión, amor o culpa, además de no ser empáticos con las demás personas de su contexto (Acevedo, 2010).

Fenómeno creciente, en una sociedad global y tecnologizada, que desafía a todos los sectores y niveles, tanto familiares, como de la atención e intervención profesional, donde el Trabajo Social debe asumir su liderazgo y el reto, por desarrollar metodologías innovadoras o experimentales orientadas, hacia una nueva práctica disciplinar, la cual, le permita mantener el acompañamiento y atención de las poblaciones sensibles ante dichas realidades. Reconociendo a la par la complejidad del propio fenómeno «del niño emperador», desde una visión integral y de sociedad de conocimiento distinta (Duque, 2013).

Movimiento intelectual, que se sitúe en las premisas que vienen distinguiendo a la 2.^a *Reconceptualización del Trabajo Social*, donde los discursos son cada vez más fortalecidos y diseñados bajo el reconocimiento de una sociedad evolucionada, caracterizada por sujetos con inteligencias múltiples, y en presencia de realidades complejas, que han motivado distintas miradas

y formas de desarrollar la práctica profesional, centrada en nuevos movimientos como el Trabajo Social Transhumanista (Acevedo y Gallegos, 2019).

En el cual, se asume que la práctica ha evolucionado, desde ejercicios clásicos en campo, hasta virtuales e híbridos. En donde, se distinguen acciones que ya se venían realizando de manera presencial (en campo), en actividades semipresenciales (en oficinas y centros de trabajo) de una manera híbrida, apoyándose en las TIC. Acciones basadas en la conectividad que ofrecen los diferentes dispositivos electrónicos, y los *softwares* en sus diversas aplicaciones y programas. Dando pie, a una entera práctica desde casa, o conocido como el «*homejob*» o «trabajo *online*» (Acevedo, 2017). Plataformas, que centran su atención en desarrollar modelajes de atención o acompañamientos, a una nueva generación de fenómenos, como pueden ser las sociedades cristal o los «niños emperador» o «tiranos», entre otros.

El «niño emperador» o el «niño tirano»

El Síndrome del Emperador recibe su nombre en alusión a los emperadores romanos, que podían decidir sobre la vida o la muerte con solo levantar o bajar en pulgar y cuya voluntad tenía que ser respetada, de lo contrario, el enojo y la venganza estaba asegurada. Actualmente en la sociedad moderna, se ha visto cada vez más a padres volverse complacientes, de una manera excesiva y relajada con sus hijos, en cuanto a las disciplinas. Los niños suelen irse por un camino de desobediencia y optan por tener una postura manipuladora y dominante con sus padres o tutores, obteniendo de esa forma lo que quieren. Aprendiendo a recibir beneficios a través de una conducta inadecuada, creyendo que es lo mejor para ellos, sin embargo, dicha conducta errónea se irá agravando con el paso de los años, manifestándose en agravios a los padres o hasta violencia de algún tipo.

En tal sentido, Aroca (2014) expresa que el Síndrome del niño Emperador, se le puede considerar, como un tipo de violencia, donde el niño, niña o adolescente intencional y conscientemente ejerce, en contra de sus progenitores (o quienes ocupen su lugar), con el deseo de causarles daño, perjuicio, incluso sufrimiento, de forma reiterada, a lo largo del tiempo, mediante la violencia psicológica, física o de cualquier otra naturaleza, con el fin de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea. Bajo el mismo orden de ideas, Vicente (2005) expone que el Síndrome del Emperador aparece cuando un niño o niña, que debería ser feliz y hacer feliz a sus padres, se convierte en un símbolo de una falta de tolerancia de la frustración, que parece cada vez más dominante en nuestra sociedad. Caracterizado por querer hacer las cosas como él quiere y en el tiempo que lo desee, y de no conseguirlo se tornaría hasta violento.

Autores como García (2014) indican que dicho síndrome, se caracteriza por las rabietas y los llantos exagerados de estos niños, así como exigencias, insultos y ataques hacia sus cuidadores, padres o tutores. Así se transforma un niño mimado, en un tirano, capaz de destruir la convivencia y la paz familiar. Agregando el mismo, que dicho niño o niña emperador, no surge de forma espontánea o como por arte de magia, sino que es como un peldaño más del niño desobediente o travieso que puede conducir, en la adolescencia, a la sociopatía o a ser un parásito en la adultez, o desencadenar en situaciones desbordantes, como la huida de casa o conductas claramente delictivas (Rocamora, 2015).

Su origen, ¿genética, ambiental o evolución?

Estudiosos de la naturaleza del niño emperador, como Calvete (2011) indican que dicha conducta está determinada por una condición genética, señalando que los agresores, o maltratadores poseen una estructura cerebral que dificulta las relaciones de afecto y desarrollo de la conciencia, perfilándose con psicopatías, que no le permiten al niño o niña desarrollar empatía o cualquier otro tipo de vínculo. Describiendo, que un rasgo principal de este síndrome es la falta de conciencia. Son niños que genéticamente poseen más dificultades para sentir las emociones, para sentir empatía, la compasión o responsabilidad, y todo ello, acarrea un sentimiento de ausencia de culpa. Utilizando a sus progenitores como objetos, para conseguir sus propósitos impulsivos e inmediatos, sin importar las consecuencias.

Por otra parte, científicos como Caballero y García (2014), sostienen que el Síndrome del niño Emperador, no es más que un déficit de valores morales, donde al maltratador o agresor, se le ha consentido todo tipo de actitudes y actuaciones, siendo imposible el castigarle, ni culparle, por las creencias o cultura imperante en los contextos familiares. Malinterpretando los cuidadores, padres o tutores, el espectro de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Donde solo se destacan los derechos, sin considerar con seriedad las obligaciones. Por ende, el menor, asume un empoderamiento desmedido, al pensar que lo merece todo, si ningún tipo de responsabilidad, de límite, o consecuencia de sus actos. Aunado a la falta de competencias parentales, donde los padres carecen tanto de habilidades y competencias para el cuidado de sus hijos, generando un entorno permisivo, como caldo de cultivo para el fomento de los egocentrismos infantiles.

Escenario que impacta directamente en los padres de los niños emperador, quienes sienten primero las consecuencias negativas de su incapacidad para educar o disciplinar las conductas del niño. Se sienten desolados, y rebasados por el hecho de que sus hijos no solo no los obedecen en lo más mínimo, sino que los controlan, como tiranos a sus súbditos. De ahí, que los padres se sientan deprimidos, infelices, con una sensación de incapacidad y minusvalía (Alvarado, 2003).

Condiciones que se agudizan, frente a un mundo cambiante y evolutivo, donde se ha pasado de la cognición, a la metacognición de los sentidos, y se han ido habilitando los niños y niñas, con la presencia de la nueva tecnología. Mientras que la inteligencia artificial, ha potencializado las capacidades de los mismos, y los ha llevado a estar más habilitados, y conectados en un mundo global, de naturaleza híbrida, donde de manera exponencial, sus interacciones son cada vez más remotas, fomentando no solo los distanciamientos sociales, sino los distanciamientos emocionales, empáticos y sensibles. Bajo dicho dinamismo, los niños, niñas y adolescentes en una era digital y líquida, vienen acentuando más una actitud sobre empoderada, donde se sienten con la capacidad de cimbrar los límites morales y disciplinarios. Bajo la lógica, de hacer todo lo que en ellos les venga en gana, y cuando llega el momento de toparse con una autoridad (generalmente en la escuela), no se adaptan con facilidad y se rebelan de manera hostil o agresiva (Alvarado, 2003).

Bajo los presentes argumentos, se justifica la necesidad de explorar y describir dicha conducta, presente en la actualidad, de tal forma que posibilite a los diferentes profesionales, incluyendo al Trabajo Social, a actualizarse en sus procedimientos de intervención o acompañamientos sociales. Puntualmente, frente a dicho fenómeno, se debe de asumir un liderazgo distinto y participar de manera protagónica en la generación y discusión de información, la misma que le posibilite

2. METODOLOGÍA

Imagen 1. Centro Comercial El Patio



Imagen 2. Centro Comercial Galerías



La recolección de datos fue de tipo transversal, dirigido a población abierta, específicamente a 60 padres, tutores o cuidadores de niños, niñas o adolescentes, en un rango de dicha población de entre 6 a 16 años de edad. La indagación se efectuó en el Municipio de Saltillo, Coahuila (México), de manera aleatoria, en dos Centros Comerciales de la entidad, uno de ellos fue en el Centro Comercial El Patio¹, (imagen 1) y el otro, en el Centro Comercial Galerías (imagen 2)². El procesamiento y análisis de los datos y la información recolectada, se realizó a través del Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

² Localizado en el Blvd. Nazario Ortiz Garza 2345, Col. Tanque de Peña, 25279 Saltillo, Coahuila.

3. HALLAZGOS

Al entrevistar a los 60 padres, tutores o cuidadores en los espacios predeterminados se observa que el 61% de ellos son mujeres, frente a un 38% de hombres. De los cuales, el 40% se encuentran en un estado civil de divorcio, representando en su mayoría al sexo femenino, quienes, llevan en mayor medida el cuidado de los hijos, y a la vez, asumen la responsabilidad de sus hogares. Destacando Delblanch (2013) que, en los últimos años, la estructura familiar ha cambiado, presentándose con mayor frecuencia parejas que viven o atraviesan rupturas maritales, como el divorcio o las separaciones temporales, sosteniendo la misma autora, que durante dichos procesos es común, que los hijos se conviertan en un «bien precioso» y se busque satisfacer sus deseos, por la culpa de los propios padres, relajando a su vez la disciplina como una forma de alienación parental (Acevedo, 2013).

Respecto al género de los hijos de referencia, los entrevistados indicaron que en un 70% son del sexo masculino, frente a un 30% del femenino. En tal sentido, autores como Fernández y Marta (2009) expresan que el perfil del hijo tirano, en su mayoría ha sido perfilado en mayor medida en los hijos varones, en comparación a las mujeres, no distinguiéndose en cuanto a la clase social o la cultura, indistintamente de cualquier otro factor. El niño emperador, usa cualquier medio negativo para obtener cosas o privilegios (amenazas explícitas, violencia verbal y/o física). Es decir, que si el menor consigue tener el control de la situación su comportamiento puede estar más motivado por el mero hecho de disfrutar del control y del dominio de la situación. Ante lo cual, el Síndrome del Emperador viene representando un símbolo de una falta de tolerancia, de la frustración que parece cada vez más dominante en nuestra sociedad (Vicente, 2005).

Conductas emperador o de dictador

A la población de estudio, al preguntarle que ¿con qué frecuencia su hijo consigue todo lo que quiere en el momento que así lo desea?, el 36,7% de los padres respondieron que *algunas veces* sus hijos lo consiguen, mientras que el 8,3% de la población comenta que *siempre*. Datos que ilustran de manera contundente, la presencia de una actitud del niño dominante, sobre la de los cuidadores. Ahora bien, respecto a la frecuencia con la que los niños han hecho destrozos en su casa porque sus padres no les dan lo que desean, el 33,3% responden que *algunas veces*, denotándose con dicho dato, la presencia de niños violentos dentro de sus hogares.

Aroca y Leonhart (2012) expresan que dicho tipo de violencia, se caracteriza porque el hijo o hija actúan intencional y conscientemente contra sus progenitores (o quienes ocupen su lugar) con el deseo de causarles daño, perjuicio y/o sufrimiento, de forma reiterada a lo largo del tiempo, mediante la violencia psicológica, física o emocional, con el fin de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea. Destacando los mismos que, cuando los padres son las víctimas, se comienza a visibilizar la presencia de los niños emperador o tiranos.

Ahora bien, al preguntarle a los entrevistados, ¿que si su hijo ha llegado a reaccionar muy agresivo ante su autoridad?, el 33,3% responde que *raramente*, mientras que el 28,3% indica que *alguna vez*. Destacando con dichas cifras, que alrededor del 66,6% de los entrevistados reconocen que han tenido malas experiencias, en cuanto la conducta de sus hijos. En tal sentido, Master (2006) explica que padres que tienen experiencias con hijos violentos, son capaces de soportar agresiones muy graves antes de tomar decisiones y soluciones al problema. Parece ser, que es

debido al rol de protección paternal instaurado culturalmente por lo que los padres aguantan sin delatar a sus hijos, pero también aparecen otros motivos como son: el mantener una imagen de armonía familiar, o dicho en otras palabras, el conservar la imagen de una familia «perfecta», ya que socialmente existe la creencia de que serían condenados como malos padres y que han fracasado en la educación de sus descendientes.

Por otra parte, en cuanto a los insultos e imposición de las exigencias, el 33,3% de los entrevistados aseguró que *algunas veces* sus hijos asumen dichas conductas en público. Destacando García (2014) que el Síndrome del Emperador, se distingue por conductas como las rabietas, los llantos a las exigencias, insultos y los ataques físicos y verbales. Sosteniendo, que es así como un niño mimado, se transforma en un tirano, capaz de destruir la convivencia y la paz familiar. De igual forma, se les preguntó a los entrevistados, la frecuencia con que sus hijos actuaban de esa forma y sin pensar en las consecuencias, destacándose *algunas veces* en el 28,3% de los casos. Fernández y Marta (2009), indican que los niños que ostentan el perfil del Síndrome del Emperador, no piensan en las consecuencias, solo actúan en base a sus impulsos y voluntades, sin importar si se ponen en riesgo ellos mismos o a alguna persona de su entorno, como pueden ser sus padres. Agregando los mismos, que entre las conductas que se destacan más, son la falta de conciencia y la carencia de emociones morales que les impiden establecer relaciones verdaderas con los demás.

Respecto, a la frecuencia que el hijo no cumple, ni acepta sus deberes en el hogar, en el 5% de los casos se da *siempre*. A lo que autores, como Alvarado (2003) describen que cuando se presentan tales condiciones, es por la presencia de padres permisivos, los cuales, no quieren entrar en conflicto, por aquellas creencias de los derechos del niño, sin acentuar las obligaciones. Indicando que la educación permisiva, para los hijos es aquella en la que los padres no conocen y no saben ejercer una autoridad amorosa adecuada. Destacando que el ser padres permisivos significa que, los hijos tienen el control de la casa, del entorno que los rodea y de los padres mismos, instalando de esa manera al pequeño tirano en casa, que es el que establece las normas y límites a su conveniencia.

Recordemos que la familia mexicana, enfrenta hoy día nuevos desafíos en cuestión de las formas de crianza y educación infantil. En tal sentido, Gozález (2009) sostiene que, la familia al representar una de las instituciones de mayor influencia en la vida de las personas, enfrenta cierta fragilidad cuando se habla de modelos de educación saludable o formas de disciplina infantil libres de violencia y al no contar con dichas estrategias, ha caído en los excesos de la permisividad, así como en las prácticas de crianza violentas, derivadas todas aquellas de la llamada Incapacidad Parental (IP). Lo que puede generar, conductas egocéntricas en los niños, como es el caso del 38,3% de las familias entrevistadas, donde se reconoce que *algunas veces* su hijo quiere que todas las personas a su alrededor estén a su disposición, mientras que en el 20% dice que *casi siempre* y en el 5% *siempre*, expresándose dicha conducta en un 63,3 % del total de los entrevistados.

Ante tales datos, Fernández y Marta (2009) indican que un hijo violento mostrará, también un juicio moral egocéntrico y le será difícil comprender el punto de vista de los otros, más allá de una palabrería superficial para aparentar lo contrario. Sostienen que hay evidencias de que los jóvenes tiranos que tienden al aislamiento, que rumian en sus cabezas agravios y humillaciones, son más propensos a acometer acciones muy violentas, que incluyen el parricidio o los asesinatos (a

veces múltiples) de sus compañeros de clase. Destacándose en ser maestros en la manipulación y en dar una imagen camaleónica, pueden abusar, extorsionar y hundir psicológicamente a sus rivales sin tener que ser necesariamente físicamente violentos.

Finalmente, en un 13,3% de los casos los niños y niñas *casi siempre*, huyen de las obligaciones, a lo que Urra (2006) alude que, por lo regular, en dichos casos los padres no hacen nada para que los hijos cumplan esas obligaciones o reglas que se les tienen en casa, debido al temor, a la inseguridad, o hasta el miedo a la reacción del niño. Los padres viven con angustia la desobediencia de los niños y, sobre todo, al descubrir que no pueden controlar el comportamiento de su hijo, esto les genera ansiedad y frustración.

Percepciones que tienen los padres, tutores o cuidadores sobre la Crianza Infantil

Ahora bien, respecto a la percepción sobre el tipo de crianza que se ejerce, según Everingham (1997) esta suele asociarse únicamente al acto de alimentar y satisfacer las necesidades básicas, emocionales y físicas durante la primera infancia. Sin embargo, va más allá de eso, donde organismos como UNICEF (2022) destacan el estar hoy día, hablando de la crianza positiva libre de violencia donde los padres, cuidadores o tutores se habiliten y adquieran competencias necesarias para una adecuada educación y formación de los hijos, donde se ejerzan métodos de crianza respetuosos de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tomando en cuenta su desarrollo evolutivo y su opinión en las decisiones que les afecten, donde se distinga el tipo de modelo que rigen sus prácticas, las cuales pueden ir desde el asertivo, autoritario, indulgente o negligente.

Bajo dicho orden de ideas, en el 58,3% de los entrevistados reconocen que *no tiene ningún modelo a seguir en casa*, lo que induce, en que los hijos sean más propensos a seguir las conductas de personas externas en su núcleo familiar, en los cuales podrían ser modelos no saludables o tóxicos. Al respecto, Bandura (1977) distingue dos tipos de modelos: los de la *vida real* y los *simbólicos*. En el caso, de los modelos de la *vida real*, se incluyen los agentes de la cultura-padres, profesores, héroes, autoridades legales, estrellas deportivas. Mientras que en los *simbólicos* se basan en material verbal, presentaciones pictóricas (películas y televisión) y material escrito (libros y revistas), precisando el mismo autor, que indistintamente el modelo, ambos se instalan a partir de la imitación y la cotidianidad.

En tal sentido, el 65% de los entrevistados reconocen que la conducta de sus hijos, se ha derivado de lo que observan de otros, de personas de su alrededor y de la imitación de sus pares. Ante tal comportamiento, Bandura (1984) desde su visión de la *Teoría del aprendizaje social*, explica que el aprendizaje por observación es más eficaz, si a los observadores se les informa de antemano, sobre los beneficios de la conducta del modelo, en vez de esperar a que imiten al modelo y sean recompensados por ello. En dicha dirección, los entrevistados reconocen en un 63,3% que los modelos que siguen sus hijos, son los de sus amigos (vecinos y compañeros de la escuela), mientras que el 60% sostiene que dicho modelo aprendido, es inspirado por algún personaje de un programa de televisión (modelo simbólico).

Indicando a su vez, el 60% de los entrevistados que sus hijos aprenden sus conductas negativas en mayor medida, en ambos contextos, tanto de la *vida real* como *simbólica*, puntualmente de

la televisión. En tal sentido, los padres sostienen que, aunque es muy difícil tener control todo el tiempo de lo que los niños ven en la televisión, ya sea porque se está trabajando o realizando cualquier otra actividad productiva. Comentan que es mejor mantenerlos entretenidos un rato para que no los interrumpen con sus cosas, o porque simplemente se les va de las manos el querer controlar la programación que consumen sus hijos, o se pueden poner agresivos si se les interrumpe al querer cambiar de canal. En tal sentido, en un 56,7% de los entrevistados reconocen que sus hijos ven programas de televisión agresivos que puede estar afectando a su desarrollo.

Reconociendo en el 63,3% de los casos, el hecho de que los hijos replican las conductas que aprendió del modelo *simbólico*, incluyendo contenidos que pueden acentuar la conducta emperador de los niños. Sosteniendo en el 78,3% de los casos, que la ejecución de los modelos aprendidos ya sea *real* o *simbólico*, se practican en el hogar. Es decir, el niño repite la conducta aprendida ya sea positiva o negativa y, si los padres se la consienten y el niño consigue sus deseos, creará que esa conducta está bien, pero muchas veces los padres de familia caen en la equivocación de consentir esas conductas negativas, con tal de que el niño se tranquilice o que deje de «molestar», sin ver el daño que está causando, y que en un futuro ellos mismos serán los posibles damnificados.

Ahora bien, al momento de buscar la disciplina ante conductas negativas, el 31,7% de los casos reconocen que los hijos no aprenden de sus errores, ni de los castigos, de igual forma, no se reconocen los límites que posiblemente se traten de establecer en el hogar. En tal sentido, Malaisi (2014) indica que los padres dudosos, enseñan a sus hijos —erróneamente— que todos los límites son negociables, permitiéndoles «manipular» en todo, mediante berrinches, agresiones físicas o la infalible artillería pesada de los chantajes. Situaciones que impactaran en la adolescencia o vida adulta y, sobre todo, en las conductas de convivencia social o en aquellas, que tienen implicaciones con el respeto, la colaboración, la empatía o la civilidad, necesarias para la armonía social.

4. CONCLUSIONES

Se identificaron puntualmente en 13 familias, de entre 60 entrevistados, la presencia de conductas del Niño Emperador, que van desde: exigir sus deseos, hacer destrozos en su casa porque no le daban lo que él deseaba, amenazas a sus padres en forma de chantaje para que le cumplieran sus exigencias. Actuar sin pensar en las consecuencias, reaccionando muy agresivos con sus padres, donde no se lamentaban por sus errores, sin mostrar empatía. Además, en dichos hogares, los niños se caracterizan por ser impulsivos y pensar siempre solo en ellos y en los beneficios que pueden tener. Donde los padres se destacan por ser permisivos, ante el temor del berrinche o la conducta agresiva. Convirtiéndose los padres, cuidadores o tutores en rehenes de los deseos del niño, sin la existencia de límites claros que fomenten el adecuado desarrollo del niño.

Ahora bien, al hacerse presente el Síndrome del Emperador, detona la preocupación por la escasa información de su naturaleza y, sobre todo, por las problemáticas que se derivan de eso, como puede ser la confusión o el pensar que es un niño chiflado o caprichoso. Donde están presentes las exigencias a través de insultos y agresiones hacia sus padres, cuidadores o tutores. De ahí, la importancia de que los padres de familia conozcan qué hacer y cómo se debe de actuar para poder prevenir el desarrollo de esa conducta en sus hijos.

Al igual, el conocer cuál es la participación de los profesionales y las formas de generar acompañamientos, tanto en los niños, como en las familias de manera institucional. Donde se les habilite a los padres en competencias y herramientas parentales. Las mismas que les posibiliten el establecer reglas claras en la familia, y no solo eso, sino también dentro de las competencias de crianza y disciplina en el hogar, bajo autoridades proactivas, basadas en vínculos de respeto y cariño, orientadas hacia una sana convivencia.

Destacando que en la actualidad hay padres que fueron maltratados en sus hogares por parte de alguno de sus progenitores, si no es que de ambos, y que ahora que son padres, no quieren repetir la misma forma de educar a sus hijos. Por ello, se van hasta la permisividad al creer que esa es la mejor opción para que sus hijos no «sufran» como ellos en su infancia. Ideas que se fomentan en las nuevas generaciones y que contribuyen a no establecer los límites y, por ende, al empoderamiento excesivo de los hijos. Recordemos algo importante, los padres deben ser asertivos en sus formas de disciplinar, deben saber decir que «No», explicando el porqué, así como en caso de decir «Sí», dando claridad a los niños en relación a dichas indicaciones. En conformidad a la edad cronológica y cognitiva o el desarrollo de sus inteligencias.

Finalmente, se destaca que, en México el Síndrome del Emperador, puede pasar desapercibido, por el hecho de que lo pueden confundir con actitudes más relajadas como berrinches, o caprichos del momento. Sin embargo, cuando se da de manera sistemática, excesiva y como un recurso de chantaje, manipulación o de agresión frente a las autoridades de los padres, es cuando se empieza a agravar la conducta.

Por ello, todos los profesionales incluyendo el Trabajo Social deben encaminar sus esfuerzos en visibilizar dichas conductas hostiles, así como generar abordajes científicos, los mismos que posibiliten el mejorar las intervenciones en el ámbito familiar e individual. Destacando que dicho fenómeno social, impacta no solo de manera física, sino contrae implicaciones ambientales, que afectan a toda una nueva generación, cada vez mas insensible, menos empática y de mayor potencial cognitivo o metacognitivo. He ahí el reto, generar sociedades más conectadas virtualmente, con mayor conexión emocional, las mismas que creen nuevos ecosistemas libres de hostilidad y de violencias en todos los niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, J. (2010). *El castigo infantil. Las prácticas ocultas en México*. Plaza y Valdés.

Acevedo, J. (2013). *Infierno en casa*. Trillas.

Acevedo, J. (2017). *Re-pensar el trabajo social 3.0, Voces de los Millenials, La Generación Geek*, UA-deC, FTS

Acevedo, J., y Gallegos, R. (2019). *De Richmond, a los Modelos de 5.ª Generación en Trabajo Social. Un mundo complejo, requiere de metodologías acordes a dichos tiempos*. En: E. Evangelista (Eds.). *Modelos de Intervención en Trabajo Social*. México: Red de Investigaciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social A. C. (RIEATS).

- Alvarado, S. (2003). *Un regalo de amor*. Selector actualidad editorial.
- Aroca, C., Lorenzo, M., y Miro, C. (2014). *La violencia filio-parental, un análisis de sus claves*. *Anales de la psicología*, 30(1), 157-170. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521>
- Aroca Montelío, C., Cánovas Leonhardt, P., y Alba Robles, J. L. (2012). «Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión». *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 231-254.
- Bandura, A. (1977). *La teoría del aprendizaje social*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Calpe S.A.
- Caballero, U., y Garcia, M. D. (2014). «El Síndrome del Emperador». *Revista Mosaico*, 10(1).
- Calvete, E., Orue, I., y Sampedro, R. (2011). «Violencia filio-parental en la adolescencia: Características ambientales y personales. [Child to parent violence in adolescence: Environmental and individual characteristics]». *Journal for the Study of Education and Development*, 34(3), 349-363. <https://doi.org/10.1174/021037011797238577>
- Darwin, C. (2022). *La teoría de la evolución: El origen de las especies*. Biblioteca Digital.
- Delblanch, M. (2013). *Síndrome del Emperador o del niño tirano: cómo detectarlo*. Siquia. <https://www.siquia.com/blog/sindrome-del-emperador-o-del-nino-tirano-como-detectarlo/>
- Duque, A.V. (2013). *Metodología de intervención social, palimpsestos de los modelos en trabajo social*. Epílogos.
- Everingham, C. (1997). *Maternidad: Autonomía y dependencia*. Narcea Ediciones.
- Fernández, M., y Marta, A. (2009). *El Síndrome del Emperador, ¿un problema social o un problema educativo?* Congreso Internacional Galego-portugués de Psicopedagogía do Minho (pp. 8-9). Santiago: Braga: Universidad de Minho.
- Gozález, J. A. (2009). *Los retos de la familia hoy ante la educación de sus hijos: a educar también se aprende*. Universidad de do Minho. Universidad de Oviedo.
- Malaisi, L. (2014). *Descubriendo mis emociones y habilidades*. Human.
- Milenio (2022). *La generación cristal*, <https://www.milenio.com/estilo/generacion-de-cristal-quienes-son-y-por-que-se-les-llama-asi>
- Nebrera, M. (2021). *Generación cristal*. El Nacional. https://www.elnacional.cat/es/opinion/montserrat-nebrera-generacion-cristal_611636_102.html

Rocamora, B. A. (2015). «El niño emperador ¿nace o se hace?». *Retrieved*, octubre 1, 2015, from cuida tu salud emocional: <http://www.cuidatusaludemocional.com/2015/05/el-ni-no-emperador-nace-o-se-hace.html>

UNICEF (2022). *Herramientas de crianza positiva*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/lanza-unicef-herramientas-de-crianza-positiva>

Urra, J. (2006). *El pequeño dictador*. La esfera de los libros.

Vicente, G. (2005). *Los hijos tiranos, Síndrome del Emperador*. Planeta, S.A.



TRABAJO SOCIAL Y CIUDADES INTELIGENTES: ANÁLISIS COMPARADO DEL PROTOCOLO DE VANCOUVER PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

SOCIAL WORK AND SMART CITIES: COMPARATIVE ANALYSIS OF THE VANCOUVER PROTOCOL TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE

María Dolores Muñoz de Dios

Universidad de Jaén

María del Carmen Orpez Lara

Universidad de Jaén

Cristina Belén Sampedro Palacios

Universidad de Jaén

Resumen: El conjunto social en España viene determinado por las personas mayores que constituyen la mayoría de la pirámide poblacional. Para mejorar la calidad de vida de las personas mayores es esencial un entorno amigable conocido como «Ciudades Inteligentes» en las que se gestiona eficientemente los recursos y la promoción de la sostenibilidad. La transformación de una sociedad tradicional en una «Ciudad Inteligente» requiere de Trabajo Social como agente de cambio, promoción de políticas públicas adecuadas y la aplicación del Protocolo de Vancouver. Desde este estudio se resalta la importancia del análisis de las actuaciones desde el Trabajo Social en materia de «Ciudades Inteligentes». Los resultados muestran algunas actuaciones de la Administración Pública y del Protocolo de Vancouver, comparando planes en diversas ciudades españolas como ejemplos de buenas prácticas. Se concluye que es necesaria la implementación de políticas sociales para adaptar las ciudades a las necesidades de sus habitantes como derecho social.

Palabras Clave: Trabajo Social; Ciudad Inteligente; Personas Mayores; Políticas Públicas; Protocolo de Vancouver.

Abstract: The social group in Spain is determined by the elderly, who make up the majority of the population pyramid. To improve the quality of life of the elderly, a friendly environment known as «Smart Cities» is essential, where resources are efficiently managed and sustainability is promoted. The transformation of a traditional society into a «Smart City» requires Social Work as an agent of change, promotion of adequate public policies and the application of the Vancouver Protocol. This study highlights the importance of analyzing the actions of Social Work in the field of «Smart Cities». The results show some actions of the Public Administration and the Vancouver Protocol, comparing plans in various Spanish cities as examples of good practices. It is concluded that the implementation of social policies is necessary to adapt cities to the needs of their inhabitants as a social right.

Keywords: Social Work; Smart Cities; Older People; Public Policies; Vancouver Protocol.

Referencia normalizada: Muñoz, M. D., Orpez, M. C. y Sampedro, C. B. (2025). Trabajo Social y Ciudades Inteligentes: Análisis comparado del Protocolo Vancouver para la mejora de la calidad de vida en personas mayores. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-18. Doi: 10.12960/TSH.2025.0006

Correspondencia: Cristina Belén Sampedro Palacio. Email: cbsamped@ujaen.es

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el aumento de población mayor en España es una realidad que debe ser asumida por parte de los diferentes agentes de intervención social y estatal. El Trabajo Social cobra protagonismo en la intervención con personas mayores, así como en el fomento de políticas sociales que propicien un entorno amigable con las personas mayores. Según los datos procedentes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) se manifiesta que en España el número de personas mayores de 65 y más años es de 9 millones. Además, estos datos se prevé que sigan aumentando gracias a la esperanza de vida que, en España, se sitúa en los 83,1 años. Estos datos la posicionan como la más alta de la Unión Europea en el año 2023 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023a).

Así, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el período comprendido entre 2021-2030 como la década del envejecimiento saludable, pidiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lidere su puesta en práctica. Esto es, la «Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas» es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende unir el esfuerzo de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado. Para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años con el fin de promover vidas más largas y saludables. Además, tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades mediante la acción colectiva en cuatro ámbitos: I) Cambiar el paradigma de pensamiento actual, del sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; II) Desarrollar las comunidades de manera que se fomenten las capacidades de las personas mayores; III) Prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona que den respuesta a las necesidades de las personas mayores; y IV) Proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por otro lado, la existencia del Plan Nacional de Ciudades Inteligentes creado por el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital trata de fomentar la industria tecnológica de las Ciudades Inteligentes en España, además de ayudar a las entidades locales en los procesos de transformación hacia ciudades y destinos inteligentes. Este plan considera la creación de un Consejo Asesor de Ciudades Inteligentes con el objetivo de coordinar esfuerzos, mejorar la comunicación y aprobar recomendaciones planteadas (Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, 2023). Ante esto, hay que señalar el papel clave que tienen las políticas públicas para el desarrollo de las Ciudades Inteligentes o también denominadas *Smart Cities* donde existen políticas intersectoriales que abordan el envejecimiento activo.

Otro de los papeles fundamentales lo cumple la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2022b). Cifras actuales determinan que, en el mundo hay cerca de 1.500 ciudades en 47 países diferentes que forman parte de la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Concretamente, España cuenta con 255 municipios amigables con las personas mayores, según el listado de municipios por Comunidades Autónomas (CC.AA.) y provincias en España del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2024b).

En este sentido, el funcionamiento de la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores se centra en el Protocolo de Vancouver como metodología fundamental desarrollada

por la Organización Mundial de la Salud. Identificado como eje común que une al Trabajo Social, a las Ciudades Inteligentes o *Smart Cities* y al colectivo de personas mayores. Por tanto, a través de este protocolo se lleva a cabo un análisis sobre la aplicación de los planes de actuación desarrollados por las ciudades españolas pertenecientes a la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, abordando de manera específica el Plan Municipal elaborado en la ciudad de Jaén.

Es importante destacar el papel que tiene el Trabajo Social en la promoción de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. El Consejo General del Trabajo Social (CGTS) presenta algunas propuestas políticas que parten del compromiso ineludible con los Derechos Humanos, la igualdad y la justicia social abogando por una política social centrada en las personas. En este sentido, los y las trabajadoras sociales se presentan como profesionales especializados en la lucha contra la vulnerabilidad y la desigualdad social de la ciudadanía en su conjunto.

De acuerdo con todo lo anterior, desde este estudio se pretende abordar el valor del Trabajo Social en la promoción de la calidad de vida de personas mayores a través del establecimiento de Ciudades Inteligentes. Para ello se plantean una serie de objetivos: I) Revisar y analizar algunas de las actuaciones dadas por parte de la Administración Pública en la adaptación de entornos urbanos a las necesidades de las personas mayores; y II) Analizar el modelo metodológico del Protocolo de Vancouver tratando de comprobar el cumplimiento de los ítems establecidos en él.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha seguido una metodología cualitativa de revisión teórica de acuerdo a un estudio exploratorio descriptivo. Este tipo de estudio tiene como objetivo explorar un fenómeno poco conocido como es el de las Ciudades Inteligentes, así como el de las Ciudades Amigables con las Personas Mayores, además de escribir detalladamente las variables relacionadas con los planes de actuación desarrollados en diferentes ciudades (Acero, 1988).

Para el desarrollo del estudio se han seguido una serie de fases:

1ª Fase. Identificación del objeto de estudio: se identifica el objeto de estudio y se diseñan los objetivos de investigación, así como la metodología a emplear para su consecución.

2ª Fase. Revisar el estado del arte: conocer el estado de la cuestión, para lo que se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la cual se analizan documentos relacionados con las Ciudades Amigables con las Personas Mayores. A través de los cuales se ha accedido a gran información sobre el tema y se ha seleccionado la información a utilizar, siempre de acuerdo a la naturaleza de la revisión bibliográfica, como análisis de la teoría científica de un tema determinado que se está investigando. Además de presentar la información producida desde la comunidad científica acerca de un tema y proponer una estructura organizativa para ese material en función de un punto de vista, sirve para recopilar y discutir literatura publicada sobre un tema específico (Coral, 2016). Algunas de las bases de datos utilizadas para esta revisión bibliográfica han sido tales como: Google Académico, Web of Science, Dialnet y webs oficiales de la Administración Pública.

3ª Fase. Análisis de datos: Se procede al análisis de los preceptos del Protocolo de Vancouver tratando de proporcionar datos descriptivos sobre la participación de las personas mayores en los diferentes planes a analizar. Además, este estudio cualitativo trata de describir sistemáticamente las particularidades de las variables y fenómenos, como son los ítems de valoración del protocolo. Con el objetivo de generar y perfeccionar categorías conceptuales descubrir y validar agrupaciones entre fenómenos o comparar los constructos y postulados generados a partir de las buenas prácticas desarrolladas en diferentes ciudades (Castaño y Quecedo, 2002).

4ª Fase. Creación de Resultados: como fase final se obtienen los resultados de análisis en los que se exponen los datos obtenidos y se generan una serie de conclusiones. Para la difusión de los mismos se transforma el informe de resultados en material científico con el fin de darle difusión.

3. RESULTADOS

En este apartado se muestran los principales resultados obtenidos a través del análisis y estudio teórico sobre las diferentes actuaciones en materia de entornos urbanos accesibles a personas mayores por parte de la Administración Pública y los resultados sobre el análisis del modelo de Protocolo de Vancouver.

3.1. Personas mayores y *Smart Cities*

En la actualidad la esperanza de vida ha aumentado a nivel mundial, por lo que todos los países del mundo están teniendo un incremento en cantidad y proporción de personas mayores en la población. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. Por tanto, el grupo de población de 60 años o más habrá aumentado de 1.000 millones en 2020 a 1.400 millones. Del mismo modo, en 2050 la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado a 2.100 millones. Observando estas cifras se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050 hasta llegar a los 426 millones. A su vez, el aumento de la esperanza de vida ofrece oportunidades para las personas mayores para sus familias y para la sociedad en general. Estos años se pueden aprovechar para iniciar nuevas actividades como continuar con los estudios o retomar viejas aficiones. Aunque este grupo poblacional contribuye en gran medida de muchas formas con sus familias y la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por esta razón surgen las llamadas *Smart Cities*, o Ciudades Inteligentes, las cuales son entornos urbanos que utilizan Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, gestionar eficientemente los recursos, promover la sostenibilidad y fomentar la innovación. Estas ciudades inteligentes integran infraestructuras físicas, digitales y sociales para ofrecer servicios públicos eficientes, seguros y sostenibles. Para lograr el éxito de una *Smart Cite* es necesario que los proyectos o iniciativas incluyan elementos de varias de estas características. Siempre desde una perspectiva transversal y que permita una mejor consecución de los objetivos establecidos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Otra de las claves fundamentales para lograr una Ciudad Inteligente y Sostenible es el uso eficiente de los recursos disponibles, donde es imprescindible mejorar los niveles de eficiencia en la ciudad para lograr un desarrollo sostenible, que incluya la sostenibilidad ambiental, económica y social (Pereira *et al.*, 2018).

Es esencial entender que para que una *Smart City* tenga éxito, es necesario comprender y abordar la sostenibilidad desde las tres perspectivas principales: Social, Medioambiental y Económica (Halegoua, 2020).

- **La sostenibilidad social:** en la que las personas deben recibir los mejores servicios posibles y con la máxima eficiencia de los recursos y herramientas disponibles. La ciudad debe ser inclusiva, lo que significa que puede reducir las disparidades sociales (lograr la igualdad social) y participativa. Los residentes deben sentirse parte de la ciudad y participar activamente en la estrategia común de desarrollo urbano, como fuentes de datos e información y demandantes de mejores servicios y calidad de vida. En los últimos años, la ciudad y los procesos de urbanización han ayudado a reducir la pobreza al permitir a la población acceder a mejores oportunidades de trabajo, mejorar sus condiciones y nivel de vida y disponer de infraestructuras y servicios que son posibles en el entorno urbano. Sin embargo, estos cambios también han provocado la aparición de la infravivienda, exclusión social o la falta de acceso a ciertos servicios. La ciudad debe tomar medidas para reducir estas disfunciones, diferencias y problemas que han surgido como objetivo y desafío que resulta muy complicado.
- **La sostenibilidad ambiental:** es un enfoque que busca optimizar el uso de los recursos disponibles y disminuir la utilización de energía basada en combustibles fósiles y contaminantes, lo que permite reducir las emisiones y desechos urbanos, logrando la mejora de los índices ambientales.
- **La sostenibilidad económica:** la ciudad no solo integra empresas, la estructura de la Administración Pública, sino que también integra el comercio, el turismo y numerosos negocios y servicios relacionados con el desarrollo de la ciudad, así como los servicios de todo tipo que demandan los usuarios y los y las ciudadanos/as. Además, es un importante foco de atracción de talento, la excelencia y el conocimiento, generando un ecosistema adecuado para la innovación y la aparición de nuevos nichos de mercado y negocio.

Por tanto, es necesario establecer una conexión de transparencia entre el gobierno y la ciudadanía, que sea más fácil de comprender y que genere información y datos útiles de manera transparente. Además, es esencial pensar en las necesidades y contribuciones de las personas mayores para garantizar que la ciudad sea inclusiva y accesible para todos los grupos de edad. En este sentido, algunos elementos relevantes del papel de las personas mayores en las ciudades inteligentes incluyen los siguientes:

- **Accesibilidad:** las *Smart Cities* deben diseñarse para que las personas mayores puedan moverse por la ciudad de manera segura y cómoda. Esto implica infraestructuras adaptadas, transporte accesible y espacios públicos amigables.
- **Participación activa:** es fundamental fomentar la participación activa de las personas mayores en la vida urbana brindándoles oportunidades para participar en actividades comunitarias, eventos culturales, programas de voluntariado y la toma de decisiones locales, protegiendo sus derechos sociales y cívicos a la participación ciudadana y democrática.
- **Servicios y cuidados:** las *Smart Cities* deben brindar servicios de salud, asistencia social y cuidados a domicilio que respondan a las necesidades específicas de las personas mayores,

utilizando tecnologías innovadoras para mejorar la calidad de vida y el bienestar de este grupo de población.

- **Seguridad:** implementar sistemas de vigilancia, alerta temprana y asistencia en caso de emergencias es esencial para proteger la integridad y la tranquilidad de las personas mayores en la ciudad.
- **Inclusión digital:** fomentar la alfabetización digital entre las personas mayores y brindarles acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. Esto les permite beneficiarse de los servicios digitales, la teleasistencia y la comunicación en línea, rompiendo con la brecha digital presente hasta el momento.
- **Integración intergeneracional:** fomentar la interacción y la colaboración entre diferentes generaciones en la ciudad ayuda a fortalecer los lazos comunitarios, promover el aprendizaje mutuo y combatir la soledad no deseada y el aislamiento social en las personas mayores (Carrillo, 2018).

3.1.1. Implicación de las Políticas Públicas con las personas mayores

La Organización Mundial de la Salud (2022) define el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida mientras envejecen. El envejecimiento activo incluye no solo los aspectos de salud física y mental, sino también la participación en la sociedad y su integración social, estableciendo claramente los derechos de las personas mayores como ciudadanos. Se basa en los derechos de las personas mayores y reemplaza el enfoque de necesidades, que consideraba a las personas mayores como sujetos pasivos.

Así mismo, el fenómeno del envejecimiento poblacional ha sido reconocido por la sociedad española y ha respondido con acciones coordinadas para promover el bienestar en la última parte de la vida. En este sentido, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, otorgó el derecho a recibir servicios a las personas con discapacidad por razones de enfermedad u otras causas. Así pues, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal permite la creación de políticas intersectoriales entre el sector salud y los servicios sociales. Del mismo modo, se encuentran las políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. En este sentido, destaca el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), documento que explica las condiciones en que la acción intersectorial puede tener éxito, en el que se abordan algunas directrices para poder desarrollar políticas públicas de acción intersectorial que permitan afrontar el envejecimiento activo en España. Así mismo, se analizan las barreras y los catalizadores específicos de nuestro país para avanzar en las acciones intersectoriales frente al envejecimiento. Si bien es cierto que, uno de los puntos más importantes es que las acciones intersectoriales pueden ayudar a mantener y mejorar las condiciones de vida que nos han llevado a ser uno de los países más longevos del mundo y a retrasar la edad de inicio de la discapacidad (Zunzunegui y Béland, 2010).

Políticas públicas e iniciativas privadas en la Comunidad Autónoma de Andalucía

En lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Andalucía, el artículo 19 del Estatuto de Autonomía, establece que: «Las personas mayores tienen derecho a recibir protección y atención integral de los poderes públicos de Andalucía para promover su autonomía personal y el envejecimiento activo, que les permita llevar una vida digna e independiente y su bienestar social e individual [...]». En concreto, el artículo 37.1.3.º establece como uno de los principios fundamentales que guiarán las políticas públicas en Andalucía: «El acceso de las personas mayores a unas condiciones de vida digna e independiente, asegurando su protección social e incentivando el envejecimiento activo y su participación en la vida social, educativa y cultural de la comunidad». Por otro lado, el proceso de creación del I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023, evidencia un modelo de gobernanza participativa que permite la participación de todos los actores involucrados en el proceso, creando un modelo para garantizar la presencia de diferentes agentes a través de varios órganos y mecanismos de participación (Junta de Andalucía, 2020).

Asimismo, a nivel estatal hay que hacer hincapié en los siguientes eventos importantes en cuanto a la legislación sobre personas mayores:

- El plan de acción para las personas mayores siendo este el Plan Gerontológico Estatal (1991-2000), que fue actualizado entre 2003 y 2007 para adaptarlo a una nueva situación que incluye la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en áreas como Servicios Sociales, Salud y Educación. Se estructuraba en una serie de áreas (Igualdad de Oportunidades, Cooperación, Formación Especializada, Información e Investigación), entre las que se planteaba promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad en base a los principios del envejecimiento activo.
- En 2004, el IMSERSO lanzó el *Libro Blanco de la Dependencia* como un paso previo a la creación de un Sistema Nacional de Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este libro se dividió en dos partes: una primera, que registró y evaluó la situación de la dependencia en España, así como en otros países que podrían servir de referencia; y una segunda, que incluyó una serie de consideraciones para el debate y la atención a las personas en situación de dependencia.
- En 2011, el IMSERSO publicó el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* que ofrece un diagnóstico de la situación de las personas mayores en España y sirve como referencia para la implementación de políticas y para dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural (Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, 2021).

Unido a ello se pueden encontrar ejemplos de buenas prácticas para con las personas mayores dirigidas por parte del sector privado como es la certificación del Compromiso con las personas mayores desde AENOR o la Asociación Española de Normalización y Certificación. A través de esta iniciativa se visibiliza e impulsa la importancia de contar con servicios de calidad e inclusivos, donde no se deje a nadie atrás como lema de la Agenda 2030.

Para ello, se ha creado una plataforma de confianza para el diseño de soluciones inclusivas que se basa en las acciones que cada organización decide tomar para mejorar la experiencia de uso

y el acceso a sus servicios de las personas mayores. Para lograrlos se implementa el Modelo AE-NOR de organización comprometida con las personas mayores, así como los protocolos y guías sectoriales e institucionales existentes, incluido en el marco legal para servir como referencia.

Este modelo de organización comprometida con las personas mayores permite a las organizaciones de cualquier tamaño y sector, dentro de su alcance de influencia proporcionar atención y servicios apropiados según las necesidades de las personas mayores, para así ejercer un compromiso responsable con la sociedad, especialmente con respecto a la inclusión de la tercera edad (Asociación Española de Normalización y Certificación, 2024).

3.2. Importancia de la Red de Ciudades Amigables para Personas Mayores

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores fue promovida por la Organización Mundial de la Salud en 2010 como respuesta al rápido envejecimiento de la población y teniendo como objetivo conectar ciudades, comunidades y organizaciones en todo el mundo, con la visión común de hacer de su entorno un lugar mejor donde envejecer dignamente y con calidad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2022a).

Para adherirse a esta Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, primero los Ayuntamientos que estén interesados se deben comprometer a impulsar la participación de las personas mayores en todas las etapas del proceso, es decir, en la investigación inicial para poder realizar el diagnóstico de la situación, la elaboración del Plan de Acción, su implementación y la evaluación del cumplimiento de sus objetivos y resultados (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2024a).

Además, la Red de Ciudades Amigables da respuesta a lo que es una ciudad o comunidad amigables con las personas mayores puesto que el entorno físico y social en el que vivimos tiene un impacto significativo en la forma en que experimentamos el envejecimiento, así como en las oportunidades que ofrece el envejecimiento. La OMS está dirigiendo esta iniciativa a todos los ayuntamientos que quieran promover el envejecimiento saludable y activo, mejorando sus entornos y servicios e incorporando esta perspectiva en la planificación municipal de manera transversal, contando con la participación de las personas mayores y una variedad de actores locales.

Una Ciudad Amigable con el envejecimiento tiene que reconocer la diversidad de las personas mayores, respetar sus decisiones y opciones de forma de vida, fomentar una cultura de inclusión compartida por personas de todas las edades y anticipar y responder de manera flexible a sus necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento activo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023a).

La premisa del proyecto es que una Ciudad Amigable con las personas mayores fomente el envejecimiento activo. El envejecimiento activo es definido como aquel proceso de optimización de oportunidades que va destinado a mejorar la salud, la participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (Mendizábal, 2018).

Existe una cultura de inclusión compartida por personas de todas las edades y capacidades en comunidades amigables con las personas mayores. Las políticas, servicios y estructuras del entorno físico y social se diseñan para apoyar y permitir que las personas mayores envejezcan ac-

tivamente, es decir, que vivan con seguridad, disfruten de buena salud y continúen participando plenamente en la sociedad.

El proyecto de Ciudad Amigable con las Personas Mayores utiliza explícitamente un enfoque controlado localmente y ascendente, que comienza con la experiencia de las personas mayores sobre lo que es y lo que no es amigable con la población mayor y qué podría hacerse para mejorar la adaptación de una localidad a las necesidades de estas personas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023b).

3.3. ¿Qué es el Protocolo de Vancouver?

El proyecto de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el Protocolo de Vancouver, que es una metodología de investigación. Este protocolo ha sido utilizado en 33 ciudades de todo el mundo para llevar a cabo investigaciones que pretenden evaluar la adaptación de los entornos urbanos a las necesidades de las personas mayores.

La metodología se basa en la participación activa de las personas mayores y otros grupos de la comunidad para identificar los puntos fuertes y débiles de la amigabilidad de la ciudad con las personas mayores. Se busca recopilar información relevante para mejorar la calidad de vida de este grupo de la población a través de grupos focales y la colaboración de diversos actores locales (Roldán, 1998).

Para ello, deben crearse un mínimo de cinco grupos focales, cuatro de los cuales deben estar dirigidos a personas mayores y uno debe estar dirigido a cuidadoras y cuidadores de personas mayores con discapacidad moderada o severa. Esta metodología de investigación mediante grupos focales originó el documento titulado «Una Guía de Ciudades Amigables con las Personas Mayores», propuesto por la Organización Mundial de la Salud, donde la participación de las personas mayores para la elaboración del mismo es crucial. Este Protocolo se enfoca en evaluar la adaptación de las ciudades a las necesidades de los mayores, para promover entornos amigables y facilitadores para su participación activa en la sociedad. Su metodología se basa en los grupos focales, los cuales ofrecen descripciones y relatos de las experiencias de este colectivo frente a la amigabilidad de la ciudad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023c).

Es preferible que los municipios de mayor tamaño tengan más grupos focales para obtener una evaluación más completa y auténtica del contexto. Cada grupo focal estará compuesto entre 8 y 10 personas, donde se debe intentar atraer participantes de diversas fuentes y la participación es voluntaria. Para anticipar la ausencia de participantes a última hora, cada grupo debería recibir entre 12 y 15 personas.

El objetivo principal del Protocolo de Vancouver es proporcionar un diagnóstico detallado que sirva como base para la creación de un Plan de Acción por parte de las Administraciones Públicas. Este plan incluye indicadores para evaluar el impacto de las acciones llevadas a cabo para hacer que las ciudades sean más amigables con las personas mayores. La evaluación de los avances ayudará a desarrollar nuevas estrategias para satisfacer las necesidades y demandas de la población (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023c).

3.3.1. Adaptación del Protocolo de Vancouver a España

El Protocolo de Vancouver se ha adaptado a la realidad de las personas mayores en las ciudades españolas. Esta adaptación ha sido mejorada por la diversidad en la composición del grupo de trabajo, que incluye representantes de Administraciones Públicas, personas mayores y del sector privado entre otros. Se espera que esta versión modificada satisfaga de manera efectiva las demandas identificadas en las ciudades españolas y facilite la creación de un Plan de Acción adaptado al contexto local.

El Protocolo de Vancouver se adaptó a España mediante grupos focales utilizando una metodología ascendente y participativa. Las personas mayores, los proveedores de servicios, los cuidadores y otros miembros de la comunidad participan activamente en este proceso.

- En primer lugar, la participación de las personas mayores: durante todo el proceso de investigación la participación de las personas mayores fue muy importante. A través de grupos focales con personas mayores se recopila información local, identificando los puntos fuertes y débiles de la amabilidad de la ciudad con este grupo de la población (Roldán, 1998).
- En segundo lugar, la colaboración de diversos actores: se cuenta con la colaboración de proveedores de servicios comerciales, públicos y de voluntariado además de las personas mayores: esta combinación de conocimientos y experiencias permitió obtener una comprensión más profunda de los elementos que se deben tener en cuenta para mejorar la adaptación de la localidad a las necesidades de las personas mayores.
- En tercer lugar, el enfoque ascendente: el enfoque de la investigación comenzó con las experiencias de las personas mayores sobre lo que es y lo que no es amigable con la población mayor. Se buscó determinar qué aspectos podrían mejorarse para adaptar la ciudad a las necesidades de las personas mayores.
- En cuarto y último lugar el análisis de datos: se analizan los temas discutidos en los grupos focales. Se comparan diferentes grupos de personas mayores en función de su edad y nivel socioeconómico, y se extraen los resultados de los grupos focales con los de las personas mayores, los cuidadores y proveedores de servicios. El resultado de este análisis es la identificación de patrones y efectos, lo que permite la creación de un plan de acción que se ajustara a las necesidades identificadas en el contexto español (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023c).

3.3.2. Implementación del Protocolo de Vancouver: ventajas y análisis de buenas prácticas

Implementar el Protocolo de Vancouver en las ciudades españolas podría mejorar significativamente la calidad de vida de las personas mayores. Algunas de estas ventajas son:

1. Identificación de necesidades específicas: se pueden identificar las necesidades específicas de las personas mayores en las ciudades españolas mediante investigación con grupos focales. Esto facilita la creación de intervenciones y políticas que se ajustan a estas demandas, lo que mejora su calidad de vida.

2. Creación de entornos amigables: el cumplimiento del Protocolo de Vancouver puede ayudar a hacer que las ciudades sean más amigables y accesibles para las personas mayores. Para fomentar la inclusión y la participación activa de este grupo de la población se requiere la adaptación de infraestructuras, servicios y espacios públicos.
3. Promoción del envejecimiento activo: se promueve el envejecimiento activo al permitir que las personas mayores participen en la vida comunitaria y les brinden oportunidades para su salud, participación y seguridad. Esto mejora su bienestar social, mental y físico.
4. Mejora de la atención y el cuidado: la investigación con grupos focales también puede ayudar a identificar las necesidades de los cuidadores y los proveedores de servicios que atienden a las personas mayores. Esto puede conducir a mejoras en la atención y el cuidado que reciben, asegurando una atención más adecuada y enfocada en las necesidades individuales.
5. Participación comunitaria: el Protocolo de Vancouver alienta a la comunidad a participar activamente en la creación de entornos que sean amigables con las personas mayores. Esto fortalece las conexiones comunitarias, fomenta la solidaridad intergeneracional y ayuda a crear ciudades más inclusivas y sostenibles (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023c).

Por todo lo cual, la aplicación del Protocolo de Vancouver en las ciudades españolas puede mejorar significativamente la calidad de vida de las personas mayores al promover su bienestar, inclusión y participación activa en la sociedad.

Posteriormente se muestra el desglose mediante una tabla del Protocolo de Vancouver, utilizando para ello los grupos focales que contempla y los ítems que afectan a la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad. Asimismo, se utilizan los planes de las ciudades de Jaén, Bilbao, Madrid y Barcelona para la realización del análisis de buenas prácticas de los respectivos ayuntamientos.

Tabla 1. Análisis de buenas prácticas de las ciudades españolas respecto a la implantación del Protocolo de Vancouver.

Protocolo Vancouver	Plan Municipal de Jaén	II Plan Bilbao	Plan de acción de Madrid	Plan de Barcelona
Grupos focales (mínimo 5 de 8-10 personas).	Realización de 20 grupos focales.	Realización de 3 comisiones de 2 o 3 grupos de 6 a 9 personas.	Realización de 10 grupos de discusión.	X
Ítems a seguir:				
Edificios y espacios al aire libre.	✓	✓	✓	X
Transporte.	✓	✓	✓	X
Vivienda.	✓	✓	✓	X
Respeto e inclusión social.	✓	X	✓	X
Participación social.	✓	✓	✓	X
Comunicación e información.	✓	✓	✓	X
Participación ciudadana y empleo.	✓	✓	✓	X
Servicios sociales y de salud.	✓	✓	✓	X

Fuente: Elaboración propia a partir del Protocolo de Vancouver, I Plan Municipal de Jaén, II Plan de Bilbao, Plan de Acción de Madrid y Plan de Barcelona.

En la Tabla 1 se pueden observar cuatro planes de diferentes ciudades españolas que tienen como base para la realización de los mismos el Protocolo de Vancouver. Por tanto, sirve para comprobar si han desarrollado las pautas indicadas en dicho Protocolo.

La elección de estos planes ha sido motivada para realizar el estudio de dichos planes que se han llevado a cabo durante más años como es el caso de la ciudad de Bilbao, los que llevan un único período de implantación como Jaén y Madrid, y los que no se han llegado a implementar como el Plan de Barcelona.

Este Protocolo recoge que los grupos focales deben estar constituidos por personas mayores, de cuidadores/as de personas mayores y de proveedores locales de servicios. Además, es crucial presentar las características geográficas, demográficas, sociales y económicas de la ciudad y el distrito dónde se lleva a cabo el estudio. Así mismo, se incluirán datos relacionados con la ubicación, el tamaño y la topografía del distrito, el número y la densidad de habitantes, las caracterís-

ticas sociales, étnicas y económicas, el tipo de vivienda y el régimen de tenencia, la distribución de servicios públicos, comerciales y de voluntariado (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2023c).

Respecto al Plan de Jaén, ciudad amigable con las personas mayores, se puede observar que realiza 21 grupos focales, los cuales están conformados de la siguiente manera: un grupo focal por cada distrito de la ciudad, nueve grupos focales con proveedores de servicios, dos grupos focales con cuidadores/as de personas mayores y nueve grupos focales con personas mayores de cada zona (Ayuntamiento de Jaén, 2022).

Del mismo modo, el Plan de Acción 2021-2023 de Madrid, ciudad amigable con las personas mayores, se observa que lleva a cabo: diez grupos de discusión, cuatro con asociaciones y personas mayores y seis con profesionales de entidades sociosanitarias y personal del ayuntamiento (Ayuntamiento de Madrid, 2021).

Mientras que el II Plan de Bilbao, ciudad amigable con las personas mayores realiza tres comisiones de trabajo, cada una de las cuales se ocupa de cada uno de los tres ejes principales de la estructura que sigue el proyecto. Estas comisiones son: Comisión del Entorno Físico, Comisión del Entorno Social y Sanitario y Comisión del Entorno de Participación. La comisión se separará en dos o tres grupos de discusión de 6 a 9 personas cada uno. Cada uno de estos grupos fue establecido para mantener el equilibrio general de la comisión, con representantes de los tres grupos de participación (áreas municipales, organizaciones sociales y personas mayores) y ser lo más representativo posible de su propia Comisión (Ayuntamiento de Bilbao, 2016).

Sin embargo, el Plan Barcelona, ciudad amigable con las personas mayores 2022-2030 se encuentra propuesto, por lo que al no haberse llevado a cabo no se han planteado los grupos focales ni se han realizado ninguno de los ítems que contempla el Protocolo de Vancouver aún. Aunque estos ítems sí están planteados en el plan de esta ciudad, al no haberse implantado no constan datos obtenidos por los grupos de discusión (Ayuntamiento de Barcelona, 2022).

Respecto a los ítems contemplados en el Protocolo de Vancouver se tienen en cuenta: edificios y espacios al aire libre, transporte, vivienda, respeto e inclusión social, participación social, comunicación e información, participación ciudadana y empleo y servicios sociales y de salud. Se puede observar que los planes de las ciudades de Bilbao, Madrid y Jaén, llevan a cabo todos los elementos contando con la participación y opinión de los conformantes de los grupos focales.

Sin embargo, el Plan de Bilbao a pesar de contemplar el respeto e inclusión social, no hay datos sobre las opiniones de las personas mayores en este ámbito, donde únicamente se habla acerca de que la unidad para medirlo es el número de personas de 60 años o más que afirman sentirse socialmente integradas y respetadas en su comunidad.

Desde otra perspectiva, el Plan de Jaén trata este tema sobre la percepción de bienestar de las personas mayores la cual está influenciada por el respeto y la inclusión. Esto es lo que dicen los cuidadores/as, los proveedores de servicios y las personas mayores que han sido contactadas para este diagnóstico.

Finalmente, se destacan que las acciones más importantes del Plan Jaén, Ciudad Amigable con las Personas Mayores son las que tiene que ver con:

1. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores en Jaén, mediante la creación de entornos más accesibles, seguros e inclusivos.
2. Animar a las personas mayores a participar activamente en la vida social, cultural y comunitaria de la ciudad.
3. Apoyar el envejecimiento saludable y activo mediante la promoción de hábitos de vida saludables y la participación en actividades físicas y recreativas.
4. Aumentar la conciencia sobre los deportes y necesidades de la población mayor, tanto a nivel político como público.
5. Involucrar a las personas mayores en la toma de decisiones y la planificación de políticas públicas que les afectan directamente.
6. Crear espacios para la convivencia y participación de las personas mayores donde puedan compartir experiencias y encontrar soluciones a los problemas que han encontrado.
7. Crear nuevos modelos de participación social y comunitaria para personas mayores que les permitan participar activamente en la sociedad.

Estos preceptos tienen como finalidad asegurar que las personas mayores de Jaén tengan la oportunidad de llevar una vida plena, activa y digna, al mismo tiempo que contribuyan al bienestar general de la comunidad y fortalezcan los lazos intergeneracionales en la urbe (Ayuntamiento de Jaén, 2022).

4. CONCLUSIONES

Las conclusiones del trabajo revelan varios aspectos clave sobre la integración y el desarrollo de Ciudades Inteligentes en relación con la población mayor. En primer lugar, se destaca que el término *Smart Cities* no debe entenderse únicamente en términos de tecnología, sino como un enfoque integral que promueve la calidad de vida de los y las ciudadanos/as. Esto implica que la disponibilidad y calidad de las tecnologías de información y comunicación (TIC) son factores esenciales, pero no los únicos determinantes de una Ciudad Inteligente (Sikora-Fernández, 2017)

Asimismo, se evidencia la importancia de la implicación de los ayuntamientos en la adaptación de los entornos urbanos para las personas mayores. La Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores es un ejemplo de este compromiso. Aunque no todos los municipios han logrado implementar sus planes de manera efectiva, como se observa en el caso del Plan Barcelona, ciudad amigable con las personas mayores 2022-2023. Este estudio subraya la necesidad de un compromiso más firme y de una ejecución efectiva de estos planes para lograr los objetivos planteados (Ayuntamiento de Jaén, 2022).

El Protocolo de Vancouver se presenta como una metodología esencial para la elaboración de estos planes, proporcionando un marco claro para evaluar y cumplir con los estándares necesarios. La implementación de este protocolo asegura que las ciudades no solo se adapten a las necesidades de las personas mayores, sino que también fomenten una mayor inclusividad y accesibilidad en el proceso de creación o transformación.

La metodología cualitativa, especialmente a través de grupos de discusión y grupos focales es fundamental en la elaboración de los planes urbanos. Estos métodos permiten recoger de manera efectiva las perspectivas y necesidades de los ciudadanos mayores, facilitando así una planificación más inclusiva y adecuada a sus realidades. La participación activa de las personas mayores en este proceso es crucial, ya que garantiza que las políticas y acciones implementadas respondan de manera efectiva a sus demandas y aspiraciones, reconociéndolos como agentes activos en la construcción de una ciudad más inclusiva.

El papel del Trabajo Social también se resalta como esencial para la creación de ciudades inteligentes inclusivas. Este enfoque promueve la autonomía personal, la accesibilidad universal y la inclusión social, asegurando que todas las personas puedan disfrutar de la ciudad de manera equitativa, independientemente de sus capacidades (Muñoz *et al.*, 2014).

Por último, se reconoce que, aunque ciudades como Jaén están en continuo cambio y esfuerzo por mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos mayores aún se enfrentan a desafíos significativos. Entre estos se incluyen la mejora del transporte público, la instalación de baños públicos y la accesibilidad a servicios de salud. Abordar estos problemas es crucial para garantizar que las ciudades sean verdaderamente inclusivas y amigables para todos sus habitantes. En síntesis, la implementación de políticas sociales que adapten las ciudades a las necesidades individuales de sus habitantes no solo mejora la calidad de vida, sino que también asegura los derechos sociales fundamentales promoviendo una sociedad más equitativa y justa (Durán *et al.*, 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acero, C. (1988). «La investigación en trabajo social». *Cuadernos de trabajo social*, 1(35), 35-46.

Asociación Española de Normalización y Certificación. (2024). *Certificación de RSC: Responsabilidad Social Corporativa*. AENOR. Consultado el 8 de febrero de 2024. <https://www.aenor.com/certificacion/responsabilidad-social>

Ayuntamiento de Barcelona (2022). *Plan Barcelona, ciudad amigable con las personas mayores 2022-2030*. Ayuntamiento de Barcelona. Consultado el 19 de marzo de 2024. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/plan-amigabilidad-2022-30-es-web.pdf>.

Ayuntamiento de Bilbao (2016). *II Plan Bilbao Ciudad amigable con las personas mayores*. Consultado el 7 de marzo de 2024. https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279096777023&language=es&pageid=1279096777023&pagename=Bilbaonet%-2FPage%2FBIO_contenidoFinal.

- Ayuntamiento de Jaén (2022). *I Plan Municipal. Jaén, ciudad amigable con las personas mayores*. Ayuntamiento de Jaén. Consultado el 6 de marzo de 2024. https://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_31197_1.pdf
- Ayuntamiento de Madrid (2021). *Madrid, ciudad amigable con las personas mayores. Nuevo Plan de Acción 2021-23*. Ayuntamiento de Madrid. Consultado el 4 de febrero de 2024. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Madrid-ciudad-amigable-con-las-personas-mayores/?vgnextfmt=default&vgnextoid=aec-7864956ba1510VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnextchannel=cf30b7dd3f7fe-410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=10049224>.
- Carrillo, F. J. (2018). *El nuevo rol de las ciudades. La «Smart City»: el verdadero reto del siglo XXI. Desarrollo y Planificación Estratégica de la Ciudad Inteligente*. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social.
- Castaño, C., y Quecedo, R. 2002. «Introducción a la metodología de investigación cualitativa». *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-40.
- Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. (2021). *Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023*. Junta de Andalucía. Consultado el 10 de febrero de 2024. <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-07/Plan%20de%20mayores-Resumen%20Ejecutivo.pdf>.
- Consejo General del Trabajo Social. (2023). *Propuestas políticas desde el Trabajo Social. Consejo General del Trabajo Social*. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/propuestas-politicas-desde-el-trabajo-social-1/9516/view>
- Coral, D. (2016). *Guía para hacer una revisión bibliográfica*. Universidad El Bosque. Consultado el 18 de enero de 2024. <https://lpl.unbosque.edu.co/wp-content/uploads/09-Guia-Revisio%CC%81n-bibliografica.pdf>.
- Durán, G., Sampedro, C. B., y Rodríguez, F. L. (2020). «Formación en accesibilidad desde la universidad. Reflexiones para la intervención comunitaria ante el envejecimiento de la población». *Revista de Novedades en Población*, 1, 116-128.
- Halegoua, G. (2020). *Smart cities*. The MIT Press Essential Knowle Series. <https://acortar.link/jvx7gL>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2022a). *Áreas de trabajo y participación de las personas mayores en el desarrollo del proyecto Ciudades Amigables*. IMSERSO. Consultado el 8 de marzo de 2024. <https://ciudadesamigables.imserso.es/ciudades-amigables/areas-trabajo-participacion-personas-mayores-desarrollo-proyecto>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2022b). *¿Qué es la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores?* IMSERSO. Consultado el 12 de febrero de 2024. <https://ciudadesamigables.imserso.es/ciudades-amigables/que-es-red-mundial-ciudades-amigables-personas-mayores>.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2023a). *Los mayores a un clic*. IMSERSO. Consultado el 15 de febrero de 2024. <https://imserso.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic>.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2023b). *¿Qué es una Ciudad o Comunidad Amigable con las Personas Mayores?* IMSERSO. Consultado el 3 de febrero de 2024. <https://ciudades-amigables.imserso.es/ciudades-amigables/que-es-ciudad-comunidad-amigable-personas-mayores>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2023c). *Grupo de expertos. Proyecto red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores. Protocolo de Vancouver adaptación a España. Secretaría: Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. IMSERSO. Consultado el 15 de enero de 2024. https://ciudadesamigables.imserso.es/documents/20123/1006342/camig_vancouver2016.pdf/58004d65-201b-1831-a966-adda118323fc.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2024a). *Proceso para participar en el proyecto—Ciudades Amigables*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Consultado el 8 de abril de 2024. <https://ciudadesamigables.imserso.es/proceso-participar>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2024b). *Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en España*. IMSERSO. Consultado el 1 de marzo de 2024. <https://ciudadesamigables.imserso.es/ayuntamientos-participantes/red-ciudades-comunidades-amigables-espana>.

Junta de Andalucía (2020). *Acuerdo de 4 de noviembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023*. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/221/12>.

Mendizábal, M. R. L. (2018). «Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez». *Aula abierta*, 47, 45-54.

Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública (2023). *Plan Nacional de Ciudades Inteligentes*. Gobierno de España. Consultado el 9 de abril de 2024. <https://plantamineco.gob.es/planes-actuaciones/Paginas/plan-nacional-ciudades-inteligentes.aspx>.

Muñoz, M. D., Hernández, J., y De la Fuente, Y. M. (2014). «Trabajo Social y Ciudades Inteligentes: Hacia una nueva concepción de accesibilidad en los destinos turísticos para la promoción de la autonomía personal». *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 63-68. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198371>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Envejecimiento y salud*. OMS. Consultado el 2 de febrero de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Pereira, G. V., Parycek, P., Falco, E., and Kleinhans, R. (2018). «Smart governance in the context of smart cities: A literature review». *Information Polity*, 23, 143-162.

- Roldán, E. (1998). «Los grupos de discusión en la investigación en Trabajo Social y Servicios Sociales». *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 133-144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119501>.
- Sikora-Fernández, D. (2017). «Factores de desarrollo de las ciudades inteligentes». *Revista Universitaria de Geografía*, 26(1), 135-152.
- Zunzunegui, M. V., y Béland, F. (2010). «Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010». *Revista Gaceta Sanitaria*, 24, 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>

EL DEPORTE COMO HERRAMIENTA DE TRANSMISIÓN DE VALORES EN BARRIOS DESFAVORECIDOS: POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES

SPORT AS A TOOL FOR TRANSMITTING VALUES IN DISADVANTAGED NEIGHBOURHOODS: POTENTIALS AND LIMITATIONS

Rocío López-Montero

Instituto de Investigación en Políticas para la Transformación social, Universidad Loyola Andalucía.

Antonio Delgado-Baena

Instituto de Investigación en Políticas para la Transformación social, Universidad Loyola Andalucía.

Rocío Vela-Jiménez

Departamento de Humanidades y Filosofía, Universidad Loyola Andalucía.

Antonio Sianes

Instituto de Investigación en Políticas para la Transformación social, Universidad Loyola Andalucía.

Resumen: Ante la situación de exclusión a que es enfrentan los niños y jóvenes del barrio de Las Palmeras en Córdoba, el presente estudio busca conocer los valores que establece la práctica deportiva implementada por el Club de Fútbol Unión Deportiva Las Palmeras en estos colectivos. Para ello, se aplica el Cuestionario Multidimensional de Deportividad a una muestra de jugadores, así como un grupo focal con los principales representantes y entrenadores de este. Los resultados muestran que la deportividad alcanzada por los jugadores es muy alta, sin embargo, existen barreras importantes que impiden la efectividad de esta actividad como mecanismos de inserción juvenil.

Palabras Clave: deporte, exclusión social, juventud, valores, integración comunitaria.

Abstract: Given the situation of exclusion faced by children and young people in the Las Palmeras neighbourhood in Córdoba, this study seeks to find out the values established by the sporting practice implemented by the Unión Deportiva Las Palmeras Football Club in these groups. For this purpose, the Multidimensional Sportsmanship Questionnaire was applied to a sample of players, as well as a focus group with the main representatives and coaches. The results show that the sportsmanship achieved by the players is very high, however, there are important barriers that prevent the effectiveness of this activity as a mechanism for youth integration.

Keywords: port, social exclusion, youth, values, community integration.

Referencia normalizada: López-Montero, R.; Delgado-Baena, A.; Vela-Jiménez, R. y Sianes, A. (2025). El deporte como herramienta de transmisión de valores en barrios desfavorecidos: Potencialidades y limitaciones. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-16. Doi: 10.12960/TSH.2025.0007

Correspondencia: Rocío López Montero. Universidad Loyola. Avda. de las Universidades s/n, 41704 Dos Hermanas, Sevilla.
Email: rlopezm@uloyola.es

1. INTRODUCCIÓN

La exclusión social sigue siendo una de las principales problemáticas en numerosos barrios de España, particularmente en Andalucía, donde persisten condiciones estructurales que impiden el desarrollo y la integración de sus habitantes (Egea *et al.*, 2008; Vela-Jiménez *et al.*, 2022). A pesar de diversas iniciativas gubernamentales y comunitarias, estas comunidades continúan atrapadas en un ciclo de marginación y pobreza, afectando especialmente a niños y jóvenes (Arenas, 2008; Herrera, 2008). En este contexto, surge una cuestión clave: ¿puede el deporte convertirse en una herramienta efectiva para transformar esta realidad y fomentar valores positivos en estos entornos?

Las políticas públicas dirigidas a revertir esta exclusión han carecido de continuidad y enfoque integral. La fragmentación administrativa y la falta de estrategias coordinadas han limitado su impacto (Vela-Jiménez y Sianes, 2023). En este escenario, el deporte ha sido promovido desde los años 90 como un medio para la inclusión social de jóvenes en riesgo (Debusk y Hellison, 1989; Hellison, 1995; Martinek *et al.*, 1999; Jiménez, 2000). Sin embargo, aunque numerosos programas han intentado utilizar la actividad física con este propósito, muchos han fracasado en producir cambios sostenibles (Cano, 2012).

Este estudio se centra en el barrio de Las Palmeras, en Córdoba, identificado como el sexto más pobre de España (INE, 2023). Con 2.195 habitantes y un alto porcentaje de población infantil y juvenil, este territorio enfrenta una marcada carencia de recursos educativos y de ocio, lo que limita las oportunidades de sus jóvenes (Catálogo de Barrios Vulnerables de España, 2011). En este contexto, el Club de Fútbol Unión Deportiva Las Palmeras se ha consolidado como un espacio clave de socialización y formación, ofreciendo a 75 jugadores la posibilidad de participar en competiciones locales y provinciales. A través del fútbol, el club busca inculcar valores de respeto, compromiso y trabajo en equipo, promoviendo la inserción social de estos jóvenes.

El objetivo de esta investigación es evaluar hasta qué punto el Club Unión Deportiva Las Palmeras contribuye a la adquisición de valores positivos en los jóvenes del barrio y determinar su efectividad como mecanismo de inserción juvenil. Para ello, el estudio se estructura en cuatro apartados. Primero, se explora el marco conceptual del deporte en contextos de exclusión. A continuación, se presentan los materiales y herramientas de análisis utilizados. Posteriormente, se discuten los resultados obtenidos y, finalmente, se extraen conclusiones que aportan una visión crítica sobre el papel del deporte en la transformación social de comunidades vulnerables.

Este análisis busca no solo identificar las potencialidades del deporte en la transmisión de valores, sino también evidenciar las limitaciones que enfrenta en entornos de exclusión. La comprensión de estos factores es clave para diseñar estrategias efectivas que realmente mejoren la calidad de vida de los jóvenes y contribuyan a su integración en la sociedad.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Las niñas, niños y jóvenes que se desarrollan en contextos de vulnerabilidad social enfrentan en su día a día situaciones de violencia estructural. Vivir la primera etapa de la vida y la adolescencia en entornos de exclusión supone, en muchas ocasiones, no tener un sistema que brinde protección suficiente o que propicie el surgimiento de relaciones sociales e identificaciones saludables, lo que incide en la conducta y en la actitud de las personas más jóvenes ante el futuro (Losada,

2015). El conjunto de privaciones de naturaleza psicosocial que soporta la población en estos entornos, unido a una educación inadecuada durante la infancia o adolescencia supone un factor de riesgo para el desarrollo de problemas cognitivos y socioafectivos (Losada, 2015). Según Becoña (2000) y Sánchez (2013), aquellos que crecen en estos contextos tienen más probabilidad de desarrollar comportamientos delictivos o violentos, sufrir aislamiento social o caer en adicciones.

Ante la gravedad de esta situación son numerosos los mecanismos que, con el objetivo de ofrecer alternativas, se ponen en marcha desde distintos ámbitos. Entre ellos, se encuentran aquellos que hacen del deporte una vía de promoción y desarrollo de valores personales y sociales (González, 2001; Díaz, 2006). La promoción de valores positivos, sin duda, puede ser abordada desde diferentes ámbitos, no obstante, la actividad deportiva, por su popularidad y atractivo entre las personas más jóvenes, y por las estrechas e intensas relaciones humanas que se establecen con su práctica, ofrece oportunidades únicas para el desarrollo de estas (Durán *et al.* 2000). Sus características la convierten en un área ideal para educar en contextos infantiles y juveniles amenazados por problemas de violencia, drogodependencias, marginación o exclusión (Hellison, 1991; Spencer, 1996; Gutiérrez, 1995, 1997).

Ahora bien, el desarrollo de valores personales y sociales no se da *per se*, la simple práctica deportiva no conlleva por sí misma estas consecuencias integradoras, sino que estará influida por la orientación que se le dé (Díaz, 2006; Gutiérrez, 2003; Iturbide-Luquin, 2017; Ponce de León *et al.*, 2009). Para alcanzar la transmisión de valores positivos se requiere un compromiso explícito y una metodología específica, la práctica ha de tener una orientación educativa y ética (Ruiz *et al.*, 2012). Es más, la adquisición de valores es un fenómeno complejo relacionado con las experiencias vitales de cada persona, las cuales se producen en distintos ámbitos, como pueden ser el ámbito familiar, el escolar, el barrio o los medios de comunicación... por lo que es de vital importancia tenerlos en cuenta.

2.1. El deporte como herramienta para la inserción juvenil

Entendiendo el deporte como herramienta pedagógica, es interesante apuntar las razones fundamentales que acreditan al deporte como medio de intervención en el ámbito de la inserción de la juventud en territorios desfavorecidos.

En primer lugar, la popularidad y la relevancia que tiene entre la juventud. En la actualidad la práctica deportiva llega hasta las zonas más olvidadas y la juventud que allí viven quieren participar. La imagen positivizada y amable del deporte en nuestra sociedad permite la cada vez más progresiva inclusión de personas y colectivos que habitualmente han estado alejados de las prácticas deportivas (Leiva y Sánchez, 2012). El deseo de prácticas físicas es captado y aprovechado por los profesionales de lo social más cercanos a ellos (Balibrea, 2002). Así, junto a la extensión y popularización (segmentada) del deporte, se propone la utilización como receta frente a los males sociales. Este nuevo escenario plantea retos en el sistema tradicional y en los modelos de participación ciudadana (Sánchez, 2013).

En segundo lugar, la coincidencia que se produce entre las características de determinadas actividades físicas (carácter informal, el dinamismo y la posibilidad de realizarlas en espacios abiertos) con algunos de los hábitos que suelen adoptar las personas jóvenes en situación de riesgo social (relaciones con su grupo de iguales al aire libre, la falta de planificación, o la actitud de rechazo

a la imposición de las normas sociales predominantes). Los espacios abiertos como lugar de realización responden a las vivencias y experiencias de la juventud de barrio. El carácter práctico y dinámico y los espacios abiertos de las actividades físicas y deportivas son aspectos valorados de forma muy positiva frente a otro tipo de iniciativas de inserción más vinculadas a la escuela, que los adolescentes viven como una obligación. Las actividades físicas y los juegos suponen una forma de aproximarse a personas jóvenes poco habituadas a las normas, a aceptar las reglas del juego sin vivirlas como una imposición forzosa y exterior (Balibrea, 2002). Estas coincidencias facilitan la idoneidad del deporte en las experiencias de inserción.

En tercer lugar, la idoneidad de la práctica futbolística en este tipo de contextos. Parece comprensible que la ductilidad del deporte se multiplique al tratarse de deportes a los que se asocia una difusión tan globalizada, como es el caso del fútbol (Leiva y Sánchez, 2012). Del fútbol-negocio-espectáculo de los grandes clubes a su concreción en partidos entre personas con graves carencias económicas, sociales, familiares. El lugar que ocupa el fútbol en nuestra sociedad lo convierte en un instrumento privilegiado, en la medida que es fácil de proponer como actividad y, una vez implantado, presenta poderosos mecanismos que refuerzan la continuidad de las experiencias. Siempre presente y asociado a la idea de juego el deporte también se plantea como reinención de la realidad, de ahí sus posibilidades emancipadoras y resignificadoras. El juego es un magnífico canal para simbolizar tensiones y, por tanto, liberarlas.

2.2. Aspectos que influyen la práctica deportiva

La transmisión de valores a través del deporte no es solo resultado de la acción deportiva, sino que en este proceso intervienen todos los agentes que contextualizan la práctica. La existencia de determinados elementos que influyen en la relación entre deportes y valores ha de ser tenida en cuenta si se desea profundizar las potencialidades integradoras de la actividad deportiva en entornos de exclusión, así como las barreras a las que se enfrenta.

El deporte, como herramienta pedagógica, debe ir acompañado de una correcta estructura y responsabilidad, con el fin de provocar un óptimo resultado en cuanto a la moralidad y personalidad de las personas más jóvenes (Escartí *et al.*, 2009). En esta estructura el entrenador o entrenadora representa un papel fundamental (Robert, 2001). Sus creencias, valores y conductas tienen un gran e importante efecto en las prácticas deportivas y en la motivación con respecto a las mismas (Balaguer *et al.*, 2008). Además, el apoyo afectivo-emocional que esta sea capaz de brindar es un elemento crucial para el buen desarrollo de los menores y la transmisión de valores positivos (Bronfenbrenner, 2001). Se precisa de fuertes vínculos entre las personas adultas y las niñas y niños a fin de facilitar la internalización de actividades y sentimientos positivos que llevan a la implicación, exploración y elaboración (Gifre y Esteban, 2012).

Por otro lado, es necesario tener en cuenta la lógica mercantil que opera sobre el deporte (Leiva, y Sánchez, 2012) y en la que se inserta la práctica deportiva desarrollada en entornos excluidos. La situación socioeconómica determina los usos y las prácticas deportivas que se desarrollan en un determinado contexto (Brohm, 1993). Aunque el deporte no es actualmente un asunto exclusivo de élites adineradas no puede obviarse este componente en la configuración de su práctica (Leiva y Sánchez, 2012). La fragmentación de deportes, espacios y usuarios están determinados por el segmento social de pertenencia. En la actualidad las prácticas deportivas se ven influenciadas por un contexto global en el que prima el desarrollo del deporte como negocio en continua ex-

pansión. La mercantilización se incluye dentro de un conjunto de procesos que afectan al deporte en la posmodernidad (Mosquera-González *et al.*, 2003; García, 2006).

Igualmente, es necesario atender a las relaciones de género en el deporte actual. Se ha observado que se está educando a hombres y mujeres de forma distinta en cuanto al deporte, potenciando unos valores u otros en función del sexo (García y Llopis, 2011). La socialización en la que se enmarca los menores responde a parámetros diferenciadores en función del género, los estudios señalan que se asemeja lo masculino con la competitividad, la agresividad y la independencia y lo femenino con la sumisión, la pasividad y el orden (Villaverde, 2009). En este contexto, esta socialización produce una doble discriminación en las chicas, ya que no encuentran espacios seguros donde desarrollar prácticas deportivas quedando excluidas de los beneficios que pueden aportar el deporte.

3. METODOLOGÍA

A fin de estudiar los valores transmitidos por la práctica deportiva dirigida por el Club de Fútbol Unión Deportiva Las Palmeras a los menores en situación de vulnerabilidad social, así como, la efectividad este tipo de actividades como mecanismos de inserción juvenil, se ha desarrollado un estudio que consta de una parte cuantitativa y otra cualitativa.

Por un lado, se ha aplicado la evaluación cuantitativa para medir el grado de deportividad de los participantes. Para ello hemos hecho uso del instrumento validado por Iturbide-Luquin y Elo-sua-Oliden (2017), el Cuestionario Multidimensional de Deportividad (CMD), el cual puede considerarse una herramienta perfectamente válida en la evaluación de la deportividad. Esta prueba nos ha permitido medir la deportividad de los participantes y así valorar si los aprendizajes y actitudes generadas por el club de fútbol están repercutiendo de forma positiva en el desarrollo y la constitución de la identidad de los más jóvenes. Esta prueba consta de 21 ítems (ver Anexo 1) que responden a los cinco valores que integran el constructo deportividad:

- *Juego limpio* (comprendidos entre Q001 y Q004). Observancia y cumplimiento de las convenciones sociales y las normas, lucha contra la violencia y las trampas e imparcialidad.
- *Disfrute* (comprendidos entre Q005 y Q009). Expansión libre y espontánea de cuerpo y mente como consecuencia de la participación activa en el deporte (entretenimiento, diversión, satisfacción y bienestar).
- *Participación* (comprendidos entre Q010 y Q013). Deseo y voluntad genuina de participar en la competición deportiva aplicando el máximo esfuerzo, aunque se tenga la certeza de perder. No darse por vencido, ser honesto y pensar en cómo mejorar.
- *Respeto* (comprendidos entre Q014 y Q017). Actitud positiva hacia el deporte y los deportistas que integra las nociones de amistad, respeto, tolerancia y espíritu deportivo.
- *Compromiso* (comprendidos entre Q0118 y Q021). Implicación con la participación deportiva, la superación personal y la cooperación con los compañeros.

Se aplicó un cuestionario a una muestra representativa del 25% de los 75 jugadores que conforman el Club de Fútbol U.D. Las Palmeras, es decir, 18 participantes: 5 de la categoría infantil (6-13 años), 6 cadetes (14-15 años) y 7 juveniles (16-18 años). En términos de género, se observa que el 100% de los encuestados son chicos, ya que el club no cuenta con equipo femenino desde hace años. Respecto al tiempo de permanencia en el club, el 39% de los jugadores lleva un año en el equipo, otro 39% ha permanecido entre 3 y 6 años, y el 22% supera los 7 años de antigüedad. Al ser consultados sobre su continuidad en el club, el 100% expresó su intención de seguir jugando en las próximas temporadas. En cuanto a la práctica de otras disciplinas deportivas, solo el 22% de los encuestados afirmó realizar otro deporte además del fútbol. Finalmente, se destaca que el 100% de los jugadores completó todos los ítems del cuestionario, garantizando la validez de la muestra.

Una vez recogida toda la información, se pasa al análisis de los datos y la redacción de las conclusiones. Es necesario apuntar que para analizar los datos del cuestionario cada ítem se ha evaluado como respuesta a una serie de afirmaciones siguiendo una escala de Likert, donde 0 significa nunca y 5 siempre. Además, hay que tener en cuenta que las afirmaciones se encuentran redactadas indistintamente como positivas o negativas por lo cual ha sido necesario invertir la puntuación de las respuestas en algunos casos con el objetivo de facilitar la presentación e interpretación de los resultados. Por tanto, los resultados siempre se han interpretado de la siguiente manera: Cuanto más bajo ha sido la puntuación obtenida por una variable, peor ha sido la adquisición de los valores por parte de los jugadores. Por consiguiente, cuanto más alta ha sido la puntuación obtenida, más se ha adquirido dicho valor.

De forma complementaria, se llevó a cabo una evaluación cualitativa para conocer la percepción de los entrenadores y el personal del club sobre la acogida de la actividad en las distintas esferas del entorno cercano de los niños y jóvenes. Para ello, se optó por realizar un *focus group*. Según Sampieri *et al.* (2010), este método es más efectivo cuando participan entre 3 y 12 personas, con un moderador encargado de guiar la discusión y mantener el enfoque en el tema de estudio. En nuestro caso, participaron 5 personas clave del club. Para preservar su privacidad, no se incluyen sus nombres, sino sus respectivos roles dentro de la institución:

- Presidente del Club de Fútbol Unión Deportiva Las Palmeras.
- Director deportivo.
- Entrenador juvenil.
- Entrenador de cadetes.
- Entrenador infantil.

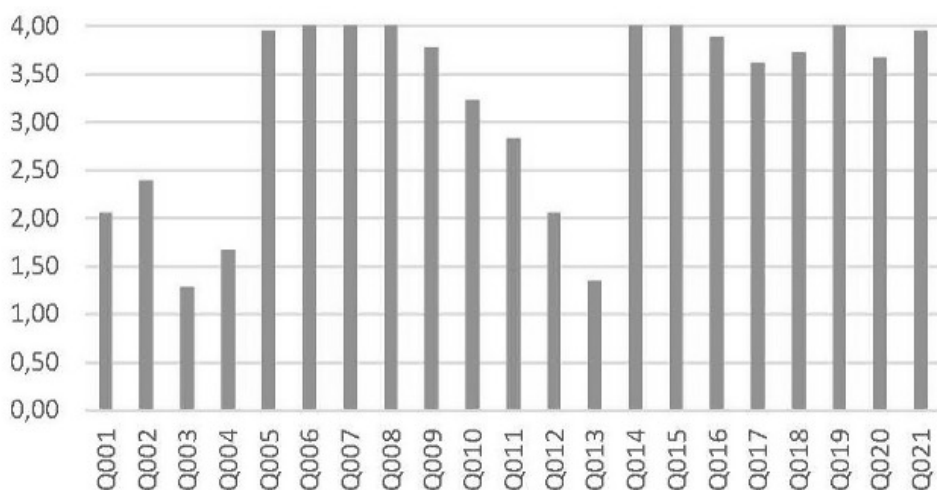
Una vez recogida toda la información, se pasa a la transcripción de la actividad en su totalidad y al análisis de la información obtenida. El método de análisis elegido es el análisis de discurso, con el objetivo de conocer la estructura de la narración en que se expresan los diferentes relatos. Se privilegia una lógica deductiva, que permite determinar ejes temáticos-analíticos relevantes (Cornejo *et al.*, 2008).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados cuantitativos

Atendiendo a las respuestas dadas a los 36 ítems que forman el cuestionario, la Figura 1 expone la puntuación media de cada uno de los ítems que lo componen. Se observa que la mayoría de los ítems superan la media, solo tres de ellos no alcanzan esta puntuación. Además, se aprecia que muchos de ellos se encuentran cerca o en la puntuación máxima. Por lo que se puede inferir que, si la actividad física y el deporte se desarrolla de forma correctamente planificada y con una metodología específica, se traduce en la promoción de valores entre los más jóvenes.

Figura 1. Resultados del cuestionario por ítems



Fuente: Elaboración propia.

4.1.1. Los ítems mejores valorados y los peores valorados

Las cuestiones mejor valoradas son 6, 7, 8, 14, 15 y 19 todas con una puntuación máxima de 4 puntos. Lo que muestra que para los chicos el disfrute, respeto y compromiso son valores cruciales en el deporte. Estos resultados responden a la idea del deporte como fue de placer y bienestar, a la vez que instrumento que permite potenciar una actitud positiva hacia los deportistas y los técnicos, lo cual integra las nociones de respeto, tolerancia y espíritu deportivo, así como una implicación con el equipo lo que se traduce en la importancia que dan a la amistad y cooperación.

Tabla 1. Ítems mejor valorados

Q006	Disfruto cuando practico deporte	4 puntos
Q007	Me divierto haciendo deporte	4 puntos
Q008	Disfruto practicando deporte con mis amigos	4 puntos
Q014	Muestro respeto hacia los adversarios	4 puntos
Q015	Muestro respeto hacia los árbitros	4 puntos
Q019	Me comprometo al máximo por el bien de mi equipo	4 puntos

Fuente: Elaboración propia.

Las cuestiones peor valoradas son la 3, 13 y 4 todas con menos de 2 puntos. Lo que muestra que para estos chicos ganar es importante, les importa el resultado. Igualmente se comparan con el trabajo del adversario. Estos datos no muestran más que la existencia de determinados valores de nuestra sociedad y nuestro tiempo como pueden ser el individualismo, la competitividad, el éxito... Y, como hemos visto, el deporte se impregna de todos los valores que operan en la actualidad, una amalgama de elementos no siempre controlables o deseables (Leiva y Sánchez, 2012).

Tabla 2. Ítems peor valorados

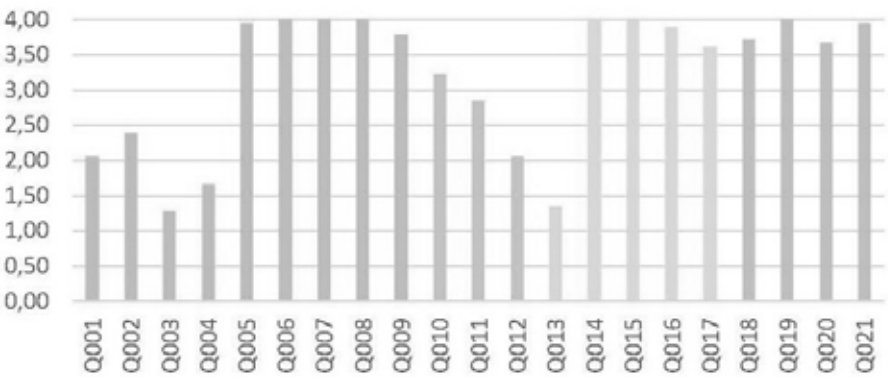
Q003	No me importa perder si me divierto	1,28 puntos
Q013	Cuando el otro equipo juega duro, yo también lo hago	1,35 puntos
Q004	No me importa el resultado de la competición	1,67 puntos

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2. Percepción general agrupada por valores

Atendiendo a los datos cuantitativos proporcionados por el CMD la deportividad en los jóvenes en general es alta. Los valores disfrute, respeto y compromiso presentan una puntuación muy alta, llegando a alcanzar muchos de sus ítems la puntuación máxima. El deporte estimula un sentimiento de respeto por las reglas y compañeros, ya que se considera un fenómeno social de promoción personal y grupal, agrupando una amplia variedad de valores (Díaz, 2006). Los valores participación y juego limpio presentan los valores más bajos. El primero de ellos comprende varios ítems que no alcanzan la puntuación media. En general, es posible afirmar que los menores y los jóvenes que practican fútbol en la Unión Deportiva Las Palmeras presentan una puntuación superior a la media establecida por Iturbide-Luquin y Elosua-Oliden (2017), para la práctica del fútbol. Esto puede estar determinado por ser el único deporte que se promociona en el barrio, al que acuden los chicos por verdadera vocación. Lo cual puede hacer que la transmisión de los valores que promueve la deportividad, cale en este tejido social de forma más profunda.

Figura 2. Percepción general agrupada por valores

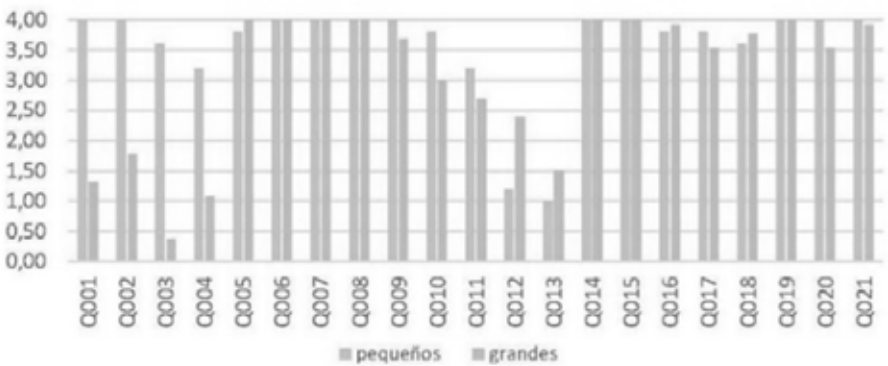


Fuente: Elaboración propia.

4.1.3. Percepciones cruzadas

Al relacionar el perfil de los jóvenes con las respuestas que dan a cada una de las categorías abordadas en el cuestionario se obtienen los resultados reflejados en la Figura 3. Al adentrarnos en el análisis y comparar el resultado de las medias obtenidas según grupos de edad podemos afirmar que, en general, la deportividad mostrada por los menores es ligeramente superior a la de los mayores. Esto se debe a las respuestas obtenidas en las preguntas dedicadas a la *participación* y *juego limpio* alcanzan una mayor en los chicos de menor edad que las respuestas dadas por los mayores, lo que muestra una pérdida de estos valores a lo largo del tiempo, es decir, los menores van dejando atrás estos valores a medida que van creciendo. Igualmente, este dato puede estar relacionado con el desinterés por el deporte a medida que se van cumpliendo años. González (2013) apunta que el abandono de la práctica deportiva se incrementa substancialmente en este tramo de edad que va de los 12 a los 18 años.

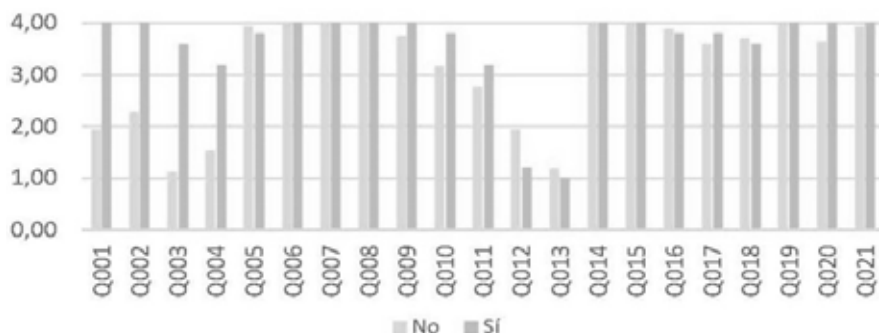
Figura 3. Percepción agrupada por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia.

Si nos centramos en las diferencias encontradas por actividad deportiva, vemos cómo de forma general la deportividad en el fútbol es menor. La puntuación media de aquellos que practican otro deporte es mayor que la de aquellos que no lo hacen. Esto se debe a las respuestas obtenidas en las preguntas dedicadas a la *participación y juego limpio* alcanzan una puntuación inferior en aquellos que no practican otro deporte que las respuestas dadas por los que sí lo hacen, lo que muestra un desarrollo claro de estas competencias en la práctica de otros deportes. Hay que destacar la utilización omnipresente del fútbol en la mayoría de los programas desarrollados con población en riesgo de exclusión social, así como la relación entre el fútbol y el éxito individual que transmiten los medios de comunicación (Velázquez, 2002). Es importante tener en cuenta estos elementos a la hora de profundizar en los resultados, pues puede estar influyendo de forma negativa en la adquisición de valores como la cooperación o la horizontalidad. Esta insistencia en el fútbol reduce los ricos matices que otros deportes aportarían a las intervenciones y condicionan los resultados (Balibrea, 2004).

Figura 4. Comparación de respuestas según la práctica de otros deportes



Fuente: Elaboración propia.

4.2. Resultados derivados del análisis cualitativo

Una vez conocidos los valores que se generan de la práctica deportiva es necesario ponerlos en diálogo con los valores que emanan del contexto de exclusión. El éxito de estos programas guarda una estrecha relación con la idea de modelos ecológicos, es decir, modelos que abarquen a todos los sectores implicados en la realidad social de estos jóvenes (Jiménez, 2006). En este sentido, no solo es necesario tener en cuenta la disposición de estos ante la práctica deportiva, sino la estructura social que enmarca estos procesos. Es crucial profundizar en el papel que juegan técnicos, familias, administraciones y la propia sociedad (Leiva y Sánchez, 2012). Igualmente, es importante indagar hasta qué punto la adquisición de estos valores puede contribuir a la prevención de conductas antisociales y a la mejora de la calidad de vida de estas poblaciones (Collingwood, 1997; Martinek y Hellison, 1997; Danish y Nellen, 1997; Jiménez, 2006). La información cualitativa extraída del *focus group* realizado a los demás agentes implicados en el proyecto apunta a estas cuestiones.

Por un lado, los técnicos señalan importantes procesos de exclusión a los cuales se ven continuamente expuestos. Contemplar la esfera del poder o, si se prefiere, de la participación en este

ámbito nos lleva tener en cuenta no solo la práctica deportiva que desarrollan los jóvenes, sino a la propia estructura social que enmarca esta práctica (Leiva y Sánchez, 2012). En este sentido, vemos la enorme contradicción que se produce entre la generación de valores positivos a través de la propia actividad deportiva y un entorno hostil que excluye la participación de estos jóvenes en un contexto deportivo más amplio.

«Para la federación, un club como Las Palmeras no puede representar a Córdoba en Andalucía.»

En este sentido, es necesario apuntar los prejuicios y la violencia a los que el club se ve sometido por parte de los vecinos de otros barrios y la sociedad en general. Durante el año se organizan partidos con otros equipos de fútbol en los que es necesario tener en cuenta la relación con otros territorios de la ciudad. Estos encuentros, por un lado, evidencian la exclusión a la que se ven sometidos los jóvenes; ha habido casos en los que los jugadores han sufrido violencia física por su lugar de procedencia. Por otro lado, dan lugar a que puedan mostrar los logros alcanzados por la práctica realizando así una labor de participación y sensibilización social. La búsqueda de transcendencia supralocal y mediática lleva una fuerte repercusión social: para romper los estigmas es necesario evidenciar lo que se hace ante quienes califican, no solo ante quienes son calificados (Leiva y Sánchez, 2012).

«También es verdad que nosotros tenemos una cruz muy grande [...]. Los pueblos nos esperan con la escopeta cargada, como si fuéramos a la guerra en vez a jugar al fútbol. Y eso se ve en nuestros niños todo lo que tienen que aguantar.»

Igualmente, la precariedad económica en estos territorios es un aspecto a tener en cuenta. Entre los factores que ayudarían a determinar y potenciar la práctica deportiva se encuentran las instalaciones necesarias, el material deportivo indispensable, así como el coste que supondrá para las familias la federación o los desplazamientos a los pueblos donde se realizan las competiciones. El resultado es la falta de recursos para acceder a la práctica de determinados deportes, provocando un estancamiento de la actividad física en los más jóvenes (Balibrea y Santos, 2010). La falta de recursos es motivo de exclusión de los jugadores del club respecto a los demás clubes, lo cual supone una de las principales razones en el abandono de la práctica deportiva (Fernández-Gavira et al. 2017).

«Tenemos que alternar los días para no coincidir porque no tenemos suficientes balones. Tenemos 15 balones, aquí cada balón que se embarca se pierde. No tenemos periquitos y las gradas las pusieron de pádel, no son gradas de fútbol. Y vamos a muchos sitios y van todos vestidos menos nosotros, y da vergüenza, pero bueno vergüenza ninguna que llevamos así toda la vida.»

Un aspecto esencial, pero muy difícil de conseguir con estas poblaciones debido a la especial situación que padecen, es la implicación familiar (Jiménez, 2006). La continuidad entre los distintos sistemas es necesaria en la interiorización de valores. El potencial de desarrollo se incrementa en función de los vínculos establecidos entre un escenario y otros contextos en los que se ve implicada la juventud (Gifre y Esteban, 2012; Lamonedá, 2020; Bronfenbrenner, 2001). En este sentido, se observa una desconexión entre el trabajo desarrollado por el club de fútbol y la implicación de la familia. Si se lograra la colaboración de los familiares los valores transmitidos en la práctica deportiva serían susceptibles de ser transmitidos en sus entornos más cercanos, lo cual posicionaría al club de fútbol como motor de transformación social.

«Ellos llegan “ahí lo tienes”, “¿a qué hora vengo a por él?” y ya está. Si ellos vieran el esfuerzo que le cuesta al club... Si su padre se presta a llevarlo y así ve el esfuerzo que hacen, eso ayuda a que vea que se porta allí bien. “Oye mi hijo se porta, yo no voy a pegar tampoco el cante”.»

«Algo bien estaremos haciendo porque aquí normalmente los niños de fuera no han venido a jugar aquí al barrio, los padres no quieren... Y este año el 70% de juvenil son de aquí y el 30% son de fuera.»

Ante este panorama la figura de la persona entrenadora juega un papel fundamental (Marques, 2013; Jiménez, 2006). En los entornos de exclusión estas no solo tienen que desempeñar funciones relacionadas con la enseñanza del deporte, sino que operan como educadoras de los más pequeños. Por ello, su desempeño implica un alto nivel de preparación técnica, de manera que queden cubiertos tanto los aspectos técnicos deportivos como el acompañamiento socioeducativo (Balibrea, 2002; Botero, 2021). En este escenario en el que los roles se relajan, es habitual que la persona entrenadora conozca más profundamente a los jóvenes (sobre sus necesidades, esperanzas, motivaciones) y viceversa. Lo que también ocurre entre al calor del partido se manifiestan sentimientos que en otro momento o lugar se evitan u ocultan: abrazos, gritos, risas y decepciones, entre muchos otros (Leiva y Sánchez, 2012).

«Más que entrenadores somos educadores. Les enseñamos los valores de la vida, el respeto, el compañerismo... sobre todo eso. Y enseñarlos a perder, porque en la vida muchas veces se pierde más que se gana.»

5. CONCLUSIONES

El deporte es un escenario idóneo para establecer valores que, a medida que se consolidan, podrían tener su reflejo en comportamientos prosociales. La práctica desarrollada por el Club de Fútbol Unión Deportiva Las Palmeras tiene un impacto positivo en la población con los que trabaja. La deportividad transmitida por club es adquirida por los niños y jóvenes del barrio en un alto grado. En este sentido, el club podría funcionar como importante elemento de transformación en este entorno.

Entre los factores clave en esta transmisión de valores, destacan dos elementos fundamentales. En primer lugar, la estructura del club, que permite consolidar el deporte como una herramienta pedagógica efectiva. En segundo lugar, el papel del entrenador, quien no solo enseña la técnica deportiva, sino que se convierte en un modelo de referencia para los jóvenes. Su compromiso y enfoque educativo son determinantes para orientar la práctica deportiva hacia la formación en valores.

Sin embargo, y a pesar de las bondades que presenta esta práctica, es necesario apuntar las barreras que supone el contexto en el que se inserta. Los elementos estructurales que llevan a la exclusión a estos entornos entran en contradicción con los valores transmitidos por la práctica deportiva. Para alcanzar los objetivos de inclusión que esta actividad se propone es necesario contar con el apoyo institucional, así como con el apoyo resto de referentes en el barrio. Solo si se logra minimizar la influencia negativa del contexto más amplio, el deporte educativo puede comenzar a ser un elemento realmente transformador en estos entornos.

En este sentido, el deporte ha de formar parte de planes globales, paritarios y continuos en el tiempo. Se hace imprescindible una voluntad política que encabece la iniciativa de desarrollar un programa con enfoque multinivel que incluya a las prácticas deportivas. La parcialidad y la brevedad de las experiencias en algunos casos reduce la intervención a acciones puntuales cuyos objetivos se pueden quedar en soluciones parciales, paliativas, al entrar en contradicción con el contexto generalizado de exclusión que enfrentan el día a día estos jóvenes. Será necesario tender hacia programas globales y con continuidad, que recojan prácticas sistémicas, no sexistas, creativas, capaces de propiciar en estos colectivos la adquisición e interiorización de valores integrados en sus hábitos de vida y su contexto social más amplio.

La capacidad del deporte como un medio para mejorar la cohesión social en los grupos desfavorecidos es demostrada en numeras experiencias. Sin embargo, no conviene caer en un triunfalismo que nos lleve a considerar el deporte como remedio universal, ignorando las dificultades que contiene al estar también atravesado por numerosas tensiones sociales. En tiempos en los que se hacen necesarios los lenguajes comunes que articulen las necesidades y las esperanzas, no se debe olvidar el poderoso lenguaje unificado del deporte en general y del fútbol en particular. Puesto que, el deporte, si se encuentra respaldado por una estructura económico-social coherente, constituye un instrumento para promover una sociedad más inclusiva y luchar contra la exclusión de las personas más vulnerables.

Por tratarse de un estudio exploratorio, el número reducido de participantes es un factor que debe tenerse en cuenta para la generalización de los resultados encontrados. En investigaciones futuras se sugiere ampliar el número participantes para que la información obtenida pueda servir de base para la creación de programas para poblaciones en riesgo de exclusión social. También resulta pertinente la idea de realizar estudios transversales para investigar el camino de estos jóvenes en el tiempo y comparar con otros jóvenes en la misma situación de riesgo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvariñas-Villaverde, M., Fernández-Villarino, M.^a A., y López-Villar, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de investigación en educación*, 6, 113-122.
- Arenas, A. (2008). La familia en su entorno social. Un estudio sobre familias en situación de riesgo y sus vecindarios. Trabajo de investigación no publicado, Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J. L., y Tomás, I. (2008). Análisis de las propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Clima en el Deporte. *Revista de Psicología del deporte*, 18(1), 73-83.
- Balibrea, E., Santos, A., y Lerma, I. (2002). Actividad física, deporte e inserción social: un estudio exploratorio sobre los jóvenes en barrios desfavorecidos. *Apunts. Educación física y deportes*, 3(69), 106-111.
- Balibrea, E., Santos, A., y Lerma, I. (2004). Un estudio exploratorio: Actividad física, deporte e inserción social de jóvenes en barrios desfavorecidos. Valencia: Elibro.

- Balibrea, E., y Santos, A. (2010). Deporte en los barrios: ¿integración o control social? Valencia: Universitat Politècnica de València.
- Becoña, I. (2000). *Los adolescentes y el consumo de drogas*. Papeles del Psicólogo.
- Botero, M. (2011). Reflexión sobre propuestas pedagógicas basadas en el deporte para contribuir a la formación de valores en adolescentes.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. Smelser y P. Batles (eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 6963- 6970. New York: Elsevier.
- Cano, A. B. (2012). Jóvenes y efecto barrio. Un estudio comparado de Barcelona y Milán. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 5(2), 138-152.
- Catálogo de Barrios Vulnerables de España (2011). Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Universidad Politécnica de Madrid v. 05/2021.
- Collingwood, T. (1997). Providing physical fitness Programs to At-risk Youth. *Quest*, 49, 67-84.
- Cornejo, M., Mendoza, F., y Rojas, R. C. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psyke*, 17(1), 29-39.
- Danish, S. J., y Nellen, V. C. (1997). New roles for sport psychologists: Teaching life skills through sport to at-risk youth. *Quest*, 49(1). 100-113.
- Debusk M., y Hellison, D. (1989). Implementing a physical education self-responsibility model for delinquency prone youth. *Journal of Teaching Physical Education*, 8(2), 104-112.
- Díaz, A. (2006). La educación en valores: avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8(1).
- Durán, J., Gómez, V., Rodríguez, J. L., y Jiménez, P. J. (2000). La actividad física y el deporte como medida de integración social y de prevención de violencia: un programa educativo con jóvenes socialmente desfavorecidos. I Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte. Cáceres: Área de actividad física y salud, 405-414.
- Egea, C., Nieto, J. A., Domínguez, J., y González, R. (2008). *Vulnerabilidad del tejido social de los barrios desfavorecidos de Andalucía. Análisis y potencialidades*. Consejería de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía.
- Escartí, A., Buelga, S., Gutiérrez, M., y Pascual, C. (2009). El desarrollo positivo a través de la actividad física y el deporte: el programa de responsabilidad personal y social. *Revista de Psicología general y aplicada*, 62(1-2), 45-52.
- Fernández-Gavira, J., Huete-García, Á., y Vélez-Colón, L. (2017). Vulnerable groups at risk for sport and social exclusion. *Journal of Physical Education and Sport*, 17(1), 312-326.

- García, M. (2006), *Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005*, Madrid: CIS, CSD.
- García, M., y Llopis, R. (2011). Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Consejo Superior de Deportes.
- Gifre, M., y Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.
- González, F. (2001). Educar en el deporte. Educación en valores desde la educación física y la animación deportiva. Madrid: CCS.
- González, S. (2013). Estudio de las etapas de formación del joven deportista desde el desarrollo de la capacidad táctica: aplicación al fútbol. En Castejón, F. J., Giménez, F., Jiménez, F., y López, V. (coords.), *Investigaciones en formación deportiva*, 417-441. Sevilla: Wanceulen.
- Gutiérrez, M. (1995). Valores Sociales y Deporte. La Actividad Física y el Deporte como Transmisores de valores sociales y personales. Editorial Gymnos. Madrid.
- Gutiérrez, M. (1997). Los Valores Sociales y el Deporte. *Actualidad Docente. Confederación Española de Centros de Enseñanza*, 189, 46-48.
- Gutiérrez, M. (2003). *Manual sobre valores en la educación física y el deporte*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Hellison, D. (1991). The Whole Person in Physical Education Scholarship: Toward Integration, *Quest*, 43, 307-318.
- Hellison, D. (1995). Teaching responsibility through physical activity. *Champaign: Human Kinetics*.
- Herrera, J. (2008). *La reinención de los derechos humanos*. Atrapasueños.
- INE (2023). Informe de Indicadores Urbanos. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.
- Iturbide-Luquin, L. M., y Elosua-Oliden, P. (2017). Los valores asociados al deporte: análisis y evaluación de la Deportividad. Universidad del País Vasco. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1), 29-36.
- Jiménez, P. J. (2000). Modelo de Intervención para educar en valores a jóvenes en riesgo a través de la actividad física y el deporte. Departamento de Física e Instalaciones aplicadas a la Edificación, al Medio Ambiente y al Urbanismo, Universidad Politécnica de Madrid.
- Jiménez, P. J. (2006). Propuesta de intervención con jóvenes socialmente desfavorecidos a través de la actividad física y el deporte. *Artigo*, 30-47.
- Lamoneda, J. (2020). Aplicación del modelo bioecológico en Educación Física en contextos de exclusión social. *Didacticae*, 7, 103-118.

- Leiva, F. G., y Sánchez, M. J. (2012). Deporte y exclusión social extrema. El caso de las personas sin hogar. *ANDULI. Revista Andaluza de Ciencias Sociales* (11), 133-144.
- Losada, A. V. (2015). Familia y Psicología. Argentina. Dunken.
- Marqués, M., Sousa, C., y Cruz Feliu, J. (2013). «Estrategias para la enseñanza de competencias de vida a través del deporte en jóvenes en riesgo de exclusión social». *Apunts. Educación física y deportes*, 2 (112) 63-71.
- Martinek, T., y Hellison, D. (1997). Fostering resiliency in underserved youth through physical activeity. *Quest*, 49, 34-39.
- Martinek, T., McLaughlin, D., y Schilling, T. (1999). Project Effort: teaching responsibility beyond the gym. *Joperd*, 70, (6) 59-65.
- Mosquera-González, M. J. (2003). Deporte y postmodernidad. En *Deporte y postmodernidad*, 15-18, Librerías deportivas Esteban Sanz.
- Ponce de León, A., Sanz, E., Valdemoros, M. A. y Ramos, R. (2009). Los valores personales en el ocio físico-deportivo. Un estudio con jóvenes, padres y profesores. *Bordén*, 61 (1), 29-41.
- Robert, G. C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity. The influence of achievement goals on motivational processes. En Roberts, (ed.), *Advances in sports and exercise motivation*, 1-50, Champaign, IL; Human Kinetics.
- Ruiz J. V. (2012). Nuevas perspectivas para una orientación educativa del deporte. Madrid: C.C.S.
- Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, B. (2010). Sesiones en profundidad o grupos de enfoque. *Metodología de la Investigación México*, 425.
- Sánchez, A. (2013). Guía Metodológica para la Implantación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada. *Servicios Editoriales*. Madrid, España.
- Spencer, A. (1996). Ethics in Physical and Sport Education. *Joperd*, 67 (7), 37-39.
- Vela-Jiménez, R., Sianes, A., López-Montero, R., y Delgado-Baena, A. (2022). The incorporation of the 2030 agenda in the design of local policies for social transformation in disadvantaged urban areas. *Land*, 11(2), 197.
- Vela-Jiménez, R., y Sianes, A. (2023). Desafíos para la gobernanza participativa de las políticas de transformación social en los barrios desfavorecidos de Andalucía: adopción multinivel y adaptación al territorio. Universidad Loyola.
- Velázquez, R. (2002). Educación deportiva y desarrollo moral: algunas ideas para la reflexión y para la práctica. *Revista Tándem. Didáctica de la Educación Física*, 7, 7-20.

ANEXOS

Anexo 1: cuestionario de valoración

Estamos realizando un estudio sobre la relación entre el deporte y los valores. Concretamente se desea conocer los valores de las personas de tu edad en relación con el fútbol. Y nos gustaría contar con tu participación y la de tus compañeros.

Tus respuestas son anónimas y, por lo tanto, nadie sabrá que este es tu cuestionario.

Para comenzar nos gustaría saber algunas cosas sobre ti:

¿Qué edad tienes? _____

¿Eres chico o chica? _____

¿Cuánto tiempo llevas practicando futbol en Unión Deportiva Las Palmeras? _____

¿Con que frecuencia asistes a la asociación deportiva? _____

¿Te gustaría continuar el próximo curso? _____

¿Practicas algún otro deporte? ¿Dónde y cuándo? _____

En el siguiente cuestionario aparecen frases que expresan lo que las personas podemos valorar cuando participamos en un deporte de equipo. Señala con una x según lo importante que sea para ti lo que expresa cuando juegas al fútbol.

N.º	ÍTEM	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.	No me importa el resultado, lo importante es participar					
2.	Lo importante en el deporte no es competir, es participar					
3.	No me importa perder si me divierto					
4.	No me importa el resultado de la competición					

N.º	ÍTEM	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
5.	Practico deporte porque me gusta					
6.	Disfruto cuando practico deporte					
7.	Me divierto haciendo deporte					
8.	Disfruto practicando deporte con mis amigos					
9.	Juego para sentirme bien					
10.	Cuando un rival la toma conmigo, le pago con la misma moneda					
11.	Respondo a las provocaciones					
12.	Cuestiono al árbitro si está siendo injusto en una decisión					
13.	Cuando el otro equipo juega duro, yo también lo hago					
14.	Muestro respeto hacia los adversarios					
15.	Muestro respeto hacia los árbitros					
16.	Cuando pierdo felicito a mi adversario, sea quien sea					

N.º	ÍTEM	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
17.	Intento llevarme bien con mis oponentes fuera de las competiciones					
18.	Procuro esforzarme de igual manera en todas las competiciones					
19.	Me comprometo al máximo por el bien de mi equipo					
20.	Busco remedios para mejorar mis puntos débiles					
21.	Acepto y respeto las reglas					



DESAFÍOS, BARRERAS Y OPORTUNIDADES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS: UN ANÁLISIS DESDE EL TRABAJO SOCIAL

CHALLENGES, BARRIERS, AND OPPORTUNITIES OF CARE SYSTEMS FOR ADDICTIVE BEHAVIORS: AN ANALYSIS FROM SOCIAL WORK

Ángela Parrilla-Olmeda

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universitat de València).

Ángela Carbonell

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universitat de València).

Resumen: La atención a las conductas adictivas ha sufrido grandes transformaciones epistemológicas y prácticas, reflejando un proceso histórico complejo. En la actualidad, las conductas adictivas son un problema sociosanitario de gran envergadura. A pesar de la complejidad del fenómeno, han sido históricamente asociadas a un acto individual, voluntario y consciente. Por ello, la finalidad principal de esta investigación es analizar de manera crítica los desafíos, las barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas en la Comunidad Valenciana. Para alcanzar este objetivo, se emplea una metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas. La muestra está constituida por cuatro personas con conductas adictivas y cuatro trabajadoras sociales con experiencia en este ámbito. Los resultados evidencian la presencia de brechas en las políticas públicas y en la intervención profesional, debido a la existencia de barreras estructurales, sociales y profesionales, así como a dificultades vinculadas con el modelo biomédico y la falta de autoeficacia. Frente a las deficiencias del sistema, se propone la construcción de sinergias colectivas entre los diferentes actores implicados, incorporando el Trabajo Social como disciplina indispensable en los equipos multidisciplinares de atención a las conductas adictivas.

Palabras Clave: conductas adictivas, políticas públicas, barreras, sinergias colectivas, Trabajo Social.

Abstract: Care for addictive behaviors has undergone major epistemological and practical transformations, reflecting a complex historical process. Currently, addictive behaviors are a major social and health problem. Despite the complexity of the phenomenon, they have historically been associated with an individual, voluntary and conscious act. Therefore, the main purpose of this research is to critically analyze the challenges, barriers and opportunities of the systems of care for addictive behaviors in the Valencian Community. To achieve this objective, a qualitative methodology is used through semi-structured interviews. The sample is made up of four people with addictive behaviors and four social workers with experience in this field. The results show the presence of gaps in public policies and professional intervention, due to the existence of structural, social and professional barriers, as well as difficulties linked to the biomedical model and lack of self-efficacy. Faced with the deficiencies of the system, we propose the construction of collective synergies between the different actors involved, incorporating Social Work as an indispensable discipline in multidisciplinary teams of attention to addictive behaviors.

Keywords: addictive behaviors, public policies, barriers, collective synergies, Social Work.

Referencia normalizada: Parrilla-Olmeda, A. y Carbonell, A. (2025). Desafíos, Barreras y Oportunidades de los Sistemas de Atención a las Conductas Adictivas: Un Análisis desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-23. Doi: 10.12960/TSH.2025.0008

Correspondencia: Ángela Carbonell. Email: Angela.Carbonell@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas adictivas representan una problemática compleja y multifacética que afecta tanto a personas como a comunidades enteras. El Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024) subraya que estas conductas no solo tienen implicaciones en la salud pública, sino que también están profundamente influenciadas por factores sociales, económicos y culturales, como la exclusión social, el desempleo o la desigualdad de género (Ministerio de Sanidad, 2022). Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2022), en los últimos años se ha producido un aumento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas y en las admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales. Este contexto exige sistemas de atención capaces de responder a la magnitud del problema, así como a las necesidades específicas de colectivos en riesgo, quienes enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios adecuados (Damari *et al.*, 2021; Spalding, 2022).

A lo largo del tiempo, la percepción y el tratamiento de las conductas adictivas han evolucionado de manera significativa. Durante décadas, los enfoques punitivos y biomédicos han dominado la intervención, priorizando la culpabilización individual y dejando de lado las dimensiones sociales y estructurales del problema (Slapak y Grigoravicius, 2007). Sin embargo, el modelo biopsicosocial, impulsado por la OMS (2014), ha promovido una comprensión más integral que reconoce la influencia de los determinantes sociales de la salud. No obstante, en la actualidad todavía persisten barreras estructurales como la privatización de los servicios, barreras económicas relacionadas con el alto coste de los tratamientos, y barreras sociales derivadas del estigma hacia las personas con conductas adictivas (Friedman *et al.*, 2020; Tavakoli *et al.*, 2021). Estas limitaciones son especialmente acuciantes en colectivos como mujeres, personas con patología dual o miembros del colectivo LGTBIQ+, quienes se enfrentan no solo a la falta de recursos adaptados a sus necesidades, sino también dinámicas de exclusión social y estigmatización (Motyka *et al.*, 2022).

El Trabajo Social, con su enfoque interdisciplinario y centrado en la persona, es una disciplina esencial para abordar las conductas adictivas. Desde sus inicios, ha sido pionero en la intervención social en este ámbito, trabajando en prevención, tratamiento y reducción de daños (Torres *et al.*, 2009). Sin embargo, la irrupción de modelos biomédicos y la desvalorización institucional han relegado su papel a un nivel secundario, afectando a su capacidad de influir en las políticas públicas y los sistemas de atención (Heredia y Nebra, 2022). Esta marginación ha limitado la inclusión de enfoques integrales que reconozcan las dimensiones sociales y estructurales del problema. Pese a ello, investigaciones recientes subrayan la necesidad de integrar el Trabajo Social como un agente clave en la construcción de sistemas de atención inclusivos y sostenibles (Sixto y Olivar, 2018). En este sentido, la visión crítica del Trabajo Social adquiere una importancia clave en la investigación, ya que permite identificar las barreras estructurales, sociales y profesionales que afectan a los sistemas de atención, al tiempo que fomenta el análisis de las dinámicas de poder, la desigualdad y la exclusión que perpetúan estas problemáticas. Este enfoque crítico no solo promueve la creación de intervenciones transformadoras, sino que también contribuye a reforzar el papel del Trabajo Social como disciplina capaz de generar cambios significativos en las políticas públicas y en la configuración de servicios de atención de calidad (Bautista-Joaqui y Castillo-Niño, 2020).

Con todo, el presente estudio tiene como objetivo analizar los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas desde el Trabajo Social, con especial énfasis

en los colectivos de riesgo. Este trabajo busca generar conocimiento aplicado para mejorar la equidad y la efectividad en las intervenciones. Este análisis no solo responde a la necesidad de adaptar los servicios a las demandas contemporáneas, sino que también busca aportar evidencia para la promoción de políticas públicas efectivas, alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en las áreas de salud, bienestar y reducción de desigualdades (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2022).

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se basa en un enfoque cualitativo, idóneo para interpretar los fenómenos sociales a partir de los significados que las personas les atribuyen, y para comprender en profundidad sus vivencias, discursos y perspectivas (Hernández y Mendoza, 2018). Asimismo, se enmarca en un diseño descriptivo-interpretativo, cuyo objetivo es describir y obtener un conocimiento profundo sobre los sistemas de atención a conductas adictivas. Este diseño permite captar la complejidad del objeto de estudio y facilita el análisis detallado de las experiencias e interpretaciones de las personas usuarias y profesionales involucradas.

2.1. Participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico, específicamente el método de muestreo discrecional o estratégico, en el que las personas fueron seleccionadas según las características relevantes para el estudio y el criterio profesional fundamentado (Mercado y Coronado, 2021). La muestra incluyó a usuarias y usuarios de servicios de atención a conductas adictivas, así como a profesionales con experiencia en este ámbito. En concreto, participaron cuatro trabajadoras sociales que ejercen su labor en servicios especializados en conductas adictivas en la Comunidad Valenciana (España). Por otro lado, se incluyó a cuatro personas usuarias de estos servicios, que fueron seleccionadas por presentar diversas realidades, como violencia de género, patología dual, sinhogarismo o pertenencia al colectivo LGTBQ+. Los detalles de la muestra se presentan en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Descripción de las profesionales participantes del estudio

Código	Género	Profesión	Recurso	Experiencia ¹
TS1	Mujer	Trabajadora Social	Centro de Día	24 años
TS2	Mujer	Trabajadora Social	UCA ²	18 años
TS3	Mujer	Trabajadora Social	UA ³	20 años
TS4	Mujer	Trabajadora Social	Asociación	2 años

Código ⁴	Género	Fase	Realidad	Experiencia ¹
Antonio	Hombre	Motivación	Sinhogarismo	6 meses
Lucía	Mujer	Motivación	Patología Dual	21 años
Mario	Hombre	Deshabitución	LGTBIQ+ y Patología Dual	9 meses
Esther	Mujer	Deshabitución	Violencia de género	1 año y 3 meses

Nota: ¹ Años de experiencia en la intervención con conductas adictivas.
² Unidad de Conductas Adictivas.
³ Unidad de Alcohología.
⁴ Los nombres empleados son ficticios con la finalidad de preservar la confidencialidad de los/as participantes y evitar la deshumanización de su historia vital.

2.2. Instrumentos utilizados

Se empleó la técnica de entrevista semiestructurada, ya que, como señala Ruiz (2012), esta herramienta facilita un acercamiento profundo a las percepciones, interpretaciones y experiencias de las personas entrevistadas, permitiendo explorar diversos puntos de vista y profundizar en sus vivencias particulares (Flick, 2022). Los guiones de entrevista fueron elaborados basándose en la literatura científica, con ajustes específicos según el grupo destinatario. Ambos guiones tenían como objetivo recopilar información detallada sobre los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a conductas adictivas. En el caso de las profesionales, las preguntas se centraron en su visión experta sobre los servicios disponibles, el reconocimiento del Trabajo Social en este ámbito y su rol dentro del sistema. Por su parte, las preguntas dirigidas a las personas usuarias exploraron sus experiencias personales en los servicios, así como las dificultades que han enfrentado durante su recorrido en este contexto.

2.3. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo durante el año 2024. Las entrevistas, con una duración aproximada de 40 minutos cada una, se realizaron en los espacios de trabajo o recursos de intervención pertinentes. Este estudio se desarrolló cumpliendo estrictamente con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y con las directrices éticas propias del Trabajo Social (Giménez, 2014). Dado que la investigación implicó la participación de seres humanos, se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes. Este procedimiento garantizó que estuvieran debidamente informadas sobre los objetivos y procedimientos del estudio, además de asegurar en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

2.4. Análisis de datos

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y analizadas mediante la técnica de análisis de contenido, empleando procesos de codificación y categorización. El análisis de contenido, según López (2015), es una técnica de investigación compleja que combina la observación y el análisis

documental, permitiendo examinar tanto el contenido manifiesto como el latente de la comunicación.

Para organizar los resultados y hallazgos, se establecieron categorías siguiendo las recomendaciones de Hernández y Mendoza (2018). A cada categoría se le asignó un código identificador, consistente en etiquetas breves generadas a partir de la interacción con los datos (Vives y Hamui, 2021). Asimismo, siguiendo a Herzog (2016), y en concordancia con los planteamientos teóricos iniciales, las categorías de análisis se definieron mediante un proceso deductivo. En este estudio, las categorías apriorísticas fueron configuradas a partir del marco teórico que sustenta la investigación.

3. RESULTADOS

Se encontraron cinco categorías principales en relación con los desafíos, barreras y oportunidades de los Sistemas de Atención a las Conductas Adictivas: 1) barreras sistémicas, 2) barreras sociales, 3) brechas de la intervención profesional, 4) modelo biomédico, y 5) autoeficacia. Estas categorías se subdividieron en un total de 16 subcategorías, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Establecimiento de las Categorías y Subcategorías

Categorías	Subcategorías
Barreras sistémicas/estructurales	Baja prioridad política de las conductas adictivas y escasa inversión
	Rigidez del sistema, carencia de recursos y espacios específicos
	Dificultades logísticas de los servicios existentes
	Largas listas de espera, escasas plazas y derivaciones con tiempo limitado
Barreras personales	Falta de conciencia y negación del problema
Barreras sociales	Creencias y percepción social de las conductas adictivas
	Estigmas
	Falta de comprensión y apoyo familiar
	Relaciones sociales poco saludables y escasez de vínculos
Intervención profesional	Sobrecarga asistencial y escasez de profesionales
	Limitada capacitación y especialización profesional
	Falta de coordinación profesional y escaso seguimiento
	Infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos
Modelo biomédico	Falta de prevención en conductas adictivas
	Deshumanización en la atención profesional
	Escaso reconocimiento y valoración del Trabajo Social

3.1. Barreras sistémicas o estructurales

La atención a las conductas adictivas se encuentra condicionada por las propias políticas públicas, debido a que estas no tienen en cuenta la voz de las personas afectadas en su diseño y elaboración.

3.1.1. Baja prioridad política de las conductas adictivas y escasa inversión

La escasez de recursos y financiación refleja la baja prioridad política otorgada a las conductas adictivas, limitando el desarrollo de planes, estrategias y presupuestos específicos. Todos/as los/as informantes coinciden en señalar la falta de conciencia y compromiso político, lo que perpetúa la invisibilidad de las personas afectadas y sus necesidades en el debate público. Como soluciones, las profesionales sugieren un mayor compromiso de los poderes públicos, una transformación epistemológica que aborde los aspectos socioculturales del fenómeno y una inversión acorde a la complejidad de las conductas adictivas.

«[...] creo que tienen una partida presupuestaria muy limitada, con respecto a otros problemas de salud, porque no se ha considerado un problema de salud prioritario» (TS2).

«[...] somos la última mierda, tanto adicciones como salud mental» (Lucía).

«[...] hay que incorporar una visión de necesidad, desde el ámbito sanitario y sociosanitario, de que esta realidad tiene que ser atendida desde una atención biopsicosocial e integral. Eso, como perspectiva, tiene que ir complementado con una inversión también acorde a las necesidades» (TS2).

3.1.2. Rigidez del sistema, carencia de recursos y espacios específicos

Los recursos de atención a las conductas adictivas tienden a ser muy rígidos y excluyentes, reflejando una falta de flexibilidad en la forma en la que se prestan los servicios. En este sentido, las trabajadoras sociales señalan que los dispositivos asistenciales no logran adaptarse a los cambios sociales y a la diversidad existente.

«A veces hay limitaciones: tienes que venir por la mañana, y si no vienes por la mañana... Entonces, es importante toda esa parte de tener más amplitud de horarios y mayor flexibilidad» (TS1).

«No están preparados para recibir a todo tipo de población, a toda la diversidad que existe. Sí que hay, por parte de algunos profesionales, voluntad, implicación, amplitud de miras. Pero, en general, el sistema se está adaptando; todavía no está preparado para atender toda la diversidad» (TS2).

Por consiguiente, las preocupaciones y necesidades específicas de los colectivos en riesgo, más allá de las conductas adictivas, no se consideran ni se atienden en los propios recursos.

«En mi opinión, a nivel general y, sobre todo, en los servicios y recursos ofrecidos por el Estado, tienen muchas cosas que mejorar, ya que no se suele dar una atención personalizada y especializada para el colectivo LGTBIQ+. Por tanto, las diferentes necesidades que tienen en común dicho colectivo no suelen ser atendidas» (TS4).

En este contexto, las profesionales proponen la creación de espacios específicos en los recursos para abordar las particularidades de las diversas realidades vinculadas al fenómeno. Además, las personas con patología dual sugieren un recurso especializado que integre la atención a la salud mental y las conductas adictivas.

«Ofrecer un espacio solamente para mujeres es muy beneficioso a lo largo del tratamiento, porque es un espacio seguro, un lugar donde las mujeres se pueden abrir más a la hora de exponer su situación, porque se sienten menos juzgadas» (TS2).

«Hace falta un recurso específico tanto para salud mental como para adicciones, porque va un poco de la mano en mi caso» (Lucía).

3.1.3. Dificultades logísticas de los servicios existentes

Existen dificultades logísticas en los servicios que condicionan el acceso y la continuidad de la atención. Las profesionales señalan que los recursos deben ser más cercanos, visibles y accesibles. Además, se destacan problemas en el desplazamiento, la falta de actividades saludables en zonas rurales o remotas, y la complejidad de los procesos burocráticos, lo que incrementa los sentimientos de desmotivación y desesperanza en las personas con conductas adictivas.

«[...] algunas de las Unidades de Conductas Adictivas no están con una accesibilidad directa como los Centros de Salud. Están por la parte de atrás, en un edificio anexo. En el que yo trabajé, había barreras arquitectónicas, escaleras... Para empezar, el acceso ya no es tan abierto, ¿no? Eso supone ya como una atención de segunda» (TS2).

«[...] hay bastantes pueblecitos incomunicados, sin transporte, y pacientes a los que les cuesta mucho venir» (TS3).

«Hay mucha burocracia. Al final, esto lo que te hace es tirar la toalla, como hay que esperar tanto» (Lucía).

3.1.4. Largas listas de espera, escasas plazas y derivaciones con tiempo limitado

La escasez de plazas disponibles, las largas listas de espera y el tiempo limitado de las derivaciones se configuran como dificultades notables en el inicio del proceso terapéutico. Las personas entrevistadas experimentan frustración y desgaste debido al largo proceso de espera, lo que provoca un deterioro y agravamiento de su enfermedad. Todos/as los/as informantes coinciden en la necesidad de aumentar el personal y ampliar los recursos disponibles para abordar este gran desafío.

«[...] entonces ya me dijo que vale, que me llamarían, pero al haber tanta lista de espera, pues tardaron como 6 meses [...]. Por todo eso, mi problema fue a más, la recaída fue más gorda. Yo acabé en la calle» (Antonio).

«[...] no hay acceso a los recursos, porque son muy limitados. Entonces, yo creo que habría que incrementar los recursos y los profesionales para poder dar respuesta a la demanda de la población» (TS2).

No obstante, existen situaciones de urgencia que se valoran para atender de manera prioritaria. De este modo, se intentan agilizar las largas listas de espera y facilitar el acceso a los recursos para los colectivos en riesgo.

«Toqué fondo, toqué muy fondo porque yo viví casi siete años de maltrato con el padre de mis hijos. Fue dejarlo con él, estaba muy hundida. Me separé y me volqué con el tema de las drogas [...]. Yo se lo dije a mi médica de la UCA: o me ingreso en un centro cerrado o me muero. Y así fue. Gracias a Dios, automáticamente, en dos semanas, y mira que hay listas de espera de un año y medio para entrar a ese centro» (Esther).

3.2. Barreras personales

El tratamiento de las conductas adictivas implica un cambio de vida, hábitos y relaciones sociales, lo cual está relacionado con el compromiso personal y la capacidad de las personas para enfrentar desafíos y alcanzar los objetivos establecidos.

3.2.1. Falta de conciencia y negación del problema

Todas las personas entrevistadas coinciden en que una de las barreras en su proceso ha sido la falta de conciencia de la enfermedad, la negación del problema y la falta de honestidad, ya que creían poder resolverlo sin ayuda externa.

«Yo buscaba ayuda, pero es que mi barrera era el no ser consciente, porque yo seguía yendo a los bares, seguía juntándome con esas personas. A lo mejor era que quería pedir ayuda, pero yo no ponía de mi parte» (Antonio).

«[...] no soy honesta, en todo, en mi vida personal, en todo. Llevaba como doble vida, ¿sabes? Igual venía aquí y decía: "si todo está bien, voy al gimnasio". Que sí, que de hecho iba al gimnasio, pero, en realidad, por la noche estaba hecha una mierda o igual bebía» (Esther).

3.3. Barreras sociales

La manera en que la comunidad contempla las conductas adictivas constituye uno de los principales desafíos percibidos. Las actitudes hacia las personas con conductas adictivas y hacia el propio tratamiento reflejan que este fenómeno sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad.

3.3.1. Creencias y percepción social de las conductas adictivas

Las trabajadoras sociales y las personas usuarias destacan la falta de conciencia social sobre las conductas adictivas. Las creencias y percepciones sociales están centradas en la normalización de ciertas conductas adictivas, las cuales no se consideran un problema social, sino más bien una forma de socialización. Por ello, las trabajadoras sociales subrayan la necesidad de priorizar la educación y la prevención para cambiar las creencias arraigadas y mejorar la percepción social de las conductas adictivas.

«[...] no se percibe la peligrosidad de las sustancias como el alcohol, como el juego... Y se normaliza el uso, de tal manera que nos encontramos con que, hasta que el trastorno no está en una etapa muy avanzada, no se pide ayuda» (TS1).

«La intervención se suele centrar en tratar el problema de la adicción una vez que haya surgido dicha enfermedad. Sin embargo, esta situación creo que podría mejorar si se dedicara más recursos y trabajo en programas de prevención y educación; tanto en menores, familiares, barrios marginales, como en profesionales de diferentes sectores» (TS4).

3.3.2. Estigmas

El estigma hacia las conductas adictivas afecta tanto a las personas que las padecen como a sus familias, profesionales, la comunidad e instituciones. Todos los informantes coinciden en que este estigma es una de las principales barreras para solicitar ayuda, ya que genera una mayor penalización social para los colectivos en riesgo.

«A la hora de decir que vas a Proyecto Hombre, por ejemplo, no lo cuentas porque decir que vas a Proyecto Hombre es... eres drogadicto» (Lucía).

«En el servicio en el que yo estoy, el 80% son hombres y un 20% mujeres. Todas las mujeres se enfrentan al estigma de la adicción junto con el estigma de ser mujer, y a veces, desde ahí, han sido juzgadas como malas madres» (TS1).

Consecuentemente, para abordar la interseccionalidad del estigma y concienciar sobre la multidimensionalidad del fenómeno, una de las personas entrevistadas propone aumentar la prevención universal desde edades tempranas mediante la implementación de una asignatura sobre conductas adictivas en el sistema educativo.

«Tenía que ser una asignatura obligada en la escuela [...]. Yo pienso que ahora es muy difícil concienciar a una persona ya de 60 o 70 años. Es difícil, pero que empiecen ya en la escuela, que no lo dejen para mañana» (Antonio).

3.3.3. Falta de comprensión y apoyo familiar

La familia puede ayudar a sensibilizar sobre la negación del problema, pero también puede ser un factor que impulse el abandono del tratamiento. Algunas trabajadoras sociales destacan la necesidad de trabajar más con el entorno familiar, ya que, a menudo, los familiares se desentienden del problema, no entienden la enfermedad ni saben cómo brindar apoyo adecuado. Esto genera

juicios de valor que resultan en una falta de comprensión y apoyo para las personas afectadas. Por ello, se considera esencial establecer protocolos más detallados y ofrecer formación para capacitar a las familias en el acompañamiento social, la gestión de la codependencia y la gestión emocional.

«Hace falta más trabajo con la familia [...]. Los familiares de las personas con adicción necesitan apoyo, explicarles que tienen que ayudarlos como si fuera cualquier otra enfermedad» (TS3).

«No se dieron cuenta mis hermanos de que yo estaba enfermo. No eran conscientes de que era una enfermedad. Yo estoy enfermo. No sabían cómo ayudarme. Yo por eso digo, es que me habéis castigado muy duramente, ¿sabes? Yo se lo decía, que estoy enfermo, que yo no quiero estar enfermo, que necesito ayuda y me habéis dejado en la calle, tirado» (Antonio).

3.3.4. Relaciones sociales poco saludables y escasez de vínculos

La escasez de vínculos, las relaciones sociales poco saludables y la falta de apoyo social son grandes obstáculos en el acceso y continuidad del tratamiento, ya que las personas temen la soledad al alejarse de su red social. La mayoría de los y las informantes indican que sus relaciones se han formado en torno a las conductas adictivas, lo que dificulta su proceso terapéutico. Para superar esta barrera, las trabajadoras sociales destacan la importancia de trabajar los factores sociales involucrados en las conductas adictivas.

«[...] si no tienes, cuando estás mal, en quién apoyarte, recurres otra vez a lo que tu cabeza ha aprendido, a evadirte con las sustancias» (Mario).

«Yo, en mi proceso, he sentido soledad [...]. Yo... tenía relaciones que son consumidores todos y yo creía que eran amigos y no son amigos» (Antonio).

«Hay que trabajar los entornos, las relaciones y también el sentido que tiene trabajar las necesidades sociales en el consumo de drogas u otros trastornos adictivos» (TS1).

3.4. Intervención profesional

Las conductas adictivas son un problema social complejo con efectos interrelacionados en diversos ámbitos. Esta dificultad genera barreras y desafíos en la intervención profesional, lo que limita la calidad de la atención ofrecida.

3.4.1. Sobrecarga asistencial y escasez de profesionales

Uno de los principales desafíos de los sistemas de atención a las conductas adictivas es la escasez de profesionales frente a la alta demanda de casos. Tanto las trabajadoras sociales como las personas usuarias abogan por aumentar el presupuesto para contratar más personal especializado en este ámbito.

«[...] las ratios de profesionales por personas que atienden deberían ser mucho menores. Es decir, yo, si llevo a 25 o 30 usuarios... es que claro, la atención va a ser muy limitada. Soy la única trabajadora social para un centro en el cual vienen 70 y tantas personas. Es decir, ¿qué soluciones tendría que haber? Más recursos, más profesionales para atender a las personas que están participando en nuestros servicios» (TS1).

3.4.2. Limitada capacitación y especialización profesional

La falta de formación y especialización de los profesionales en la atención a las conductas adictivas se percibe como una barrera clave. Las trabajadoras sociales destacan que la limitada capacitación afecta a todos los agentes involucrados, desde médicos/as de familia hasta especialistas en adicciones. Tanto las personas usuarias como las profesionales sugieren que se debe fortalecer la especialización en áreas como identidad sexual, patología dual, género, migración, jóvenes y nuevas conductas adictivas.

«Según mi experiencia, hay una deficiente o falta de formación específica en algunos profesionales, también en nuestra propia red de atención» (TS3).

«[...] no estamos preparados, hablo de mi dispositivo, por ejemplo, para trabajar con personas inmigrantes que, por supuesto, tienen muchos problemas adictivos» (TS1).

En este contexto, las personas con patología dual destacan la necesidad de especialización profesional, ya que, en muchas ocasiones, solo se abordan las necesidades de una de las patologías, sin considerar las de la otra.

«La primera etiqueta que me ponen a mí cuando me derivan... No, tal es que esto es una adicción y me sentí como solo un adicto. No sentí que a mis problemas previos se les hubiera dado valor, ¿sabes? Todo lo que yo arrastraba del duelo de mi abuela, la depresión [...]. Entonces, a mí se me trató, o la sensación de... no, esto es adicciones, adicción, al cajón de los adictos» (Mario).

3.4.3. Falta de coordinación profesional y escaso seguimiento

La falta de coordinación entre profesionales de distintos sistemas, especialmente con la red de salud mental y los Servicios Sociales, es uno de los principales desafíos en la atención a las conductas adictivas. Algunos/as informantes destacan experiencias de coordinación eficaz que les hicieron sentirse comprendidos, mientras que otros mencionan la falta de colaboración, lo que genera incertidumbre y desesperanza. Además, señalan la falta de seguimiento y la escasa frecuencia de visitas en los servicios públicos como barreras en la atención.

«[...] tendría que haber mucha más conexión con la red de salud mental. A veces parece que son dos redes diferenciadas, cuando en realidad muchas veces son las mismas personas las que están en una red y otra, pero no estamos hablando entre los profesionales. Es decir, yo reconozco que muchas veces hablar con la trabajadora/or social de la Unidad de Salud Mental es difícil y no se hace lo suficiente» (TS1).

«Servicios Sociales no ha pedido informes hasta hace nada a mi médica de la UCA cuando yo he dado positivo, cuando yo he recaído [...] eso me ha hecho a mí que yo... me volviera... que dijera no veo luz, no veo nada de luz. Nadie está pidiendo informes míos, nadie. Es muy duro» (Esther).

Para afrontar la falta de coordinación y el escaso seguimiento, las profesionales proponen soluciones como el establecimiento de protocolos específicos con la red de salud mental, la consolidación de una fórmula entre Servicios Sociales y los sistemas de atención a las conductas adictivas para garantizar que las personas reciban las prestaciones y un seguimiento adecuado, y la creación de espacios de diálogo entre profesionales especializados en conductas adictivas.

«Es necesario generar espacios de diálogo o de reuniones, donde pudiéramos saber qué es lo que está pasando, cuál es la realidad social desde mi dispositivo y desde los otros. Y desde ahí, que pudiéramos coordinarnos y darnos apoyo mutuo» (TS1).

3.4.4. Infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos

Existe una falta de trabajadores/as sociales en las Unidades de Conductas Adictivas. Las trabajadoras sociales destacan que, antes del traspaso de competencias a sanidad, jugaban un papel esencial a nivel municipal en el abordaje de las conductas adictivas. Sin embargo, después de este cambio, su figura se dejó de considerar como un pilar dentro del sistema, ya que no se reconocía la importancia del área social en este contexto. Las profesionales reivindican su papel como promotoras de la salud, encargadas del trabajo grupal y familiar, de los recursos comunitarios, la prevención y sensibilización. A pesar de su rol polivalente, afirman que la sociedad sigue vinculando la profesión a un rol meramente prestacional.

«El Trabajo Social en las UCAS está infradotado; si había 35 o 37 UCAS, hemos sido solo 5 trabajadores sociales durante años» (TS3).

«El papel fundamental del Trabajo Social es luchar por los derechos de las personas con adicciones, defendiendo el acceso equitativo a los servicios de tratamiento y apoyo, así como luchando contra el estigma y la discriminación asociados a las adicciones» (TS4).

3.5. Modelo biomédico

La preeminencia del modelo biomédico en el tratamiento de las conductas adictivas ha llevado a intervenciones centradas principalmente en los factores biológicos y en aliviar los síntomas, sin abordar la dimensión social del problema.

3.5.1. Falta de prevención en conductas adictivas

La detección temprana y la prevención deben ser una prioridad. Las trabajadoras sociales destacan la falta de campañas de sensibilización y la escasez de Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. Además, señalan la necesidad de implementar prevención primaria en el ámbito sanitario, enfocada en la gestión emocional para evitar que las conductas adictivas sean una forma de ocultar el malestar. Las profesionales subrayan la importancia de incluir a las personas afectadas en el diseño y ejecución de las iniciativas de sensibilización.

«El problema realmente es que no hay UPCCA [...]. Si hay 30 municipios, pues solo en uno, que es Alcoy, con mayor población, el Ayuntamiento ha puesto un servicio de Unidad de Prevención de Conductas Adictivas» (TS3).

«Yo diría que falta prevención, sobre todo en la gestión emocional, porque al fin y al cabo pienso que yo recurro a la sustancia cuando no he tenido nada más alrededor. No he tenido nada, porque no lo he gestionado bien y recurro a esto» (Mario).

3.5.2. Deshumanización en la atención profesional

Las profesionales afirman que se han producido numerosas transformaciones en la percepción de las conductas adictivas, lo que ha influido en la provisión de servicios. Destacan un cambio en las conductas que generan la demanda y en el perfil de las personas afectadas, que ahora son más jóvenes y presentan comorbilidad psiquiátrica. Además, resaltan una mayor profesionalización en el ámbito, marcada por el uso de herramientas avanzadas, una visión más integral, atención personalizada y prácticas éticas más rigurosas. Este cambio responde a un nuevo paradigma epistemológico y metodológico que reemplaza los enfoques coercitivos y restrictivos por modelos motivacionales y biopsicosociales.

«Cada vez se tiene una mirada más holística hacia la problemática de las adicciones. Es decir, no solo se tiene en cuenta dicho problema, sino también los diferentes factores internos y externos a la persona, como la familia, el entorno, el empleo, las relaciones sociales» (TS4).

No obstante, aunque el paradigma biopsicosocial ha ganado terreno, aún no se ha consolidado por completo, y sigue predominando el modelo biomédico. Como resultado, las personas usuarias perciben la atención de los/as profesionales del sistema sanitario como deshumanizante, distante y fría, con la presencia de juicios de valor.

«Por ejemplo, con los psicólogos y psicólogas de la Seguridad Social. A mí me vio una vez y me dijo, como le dije que estaba yendo a uno privado, entonces no te pueden ver dos psicólogos, mejor que ni vengas» (Lucía).

«Cuando yo fui a mi médico de cabecera porque me citó para darme la revisión de la baja, para darme el papelito y tal, él tenía preparado el teléfono de la UCA y casi sin mirarme a la cara, me dijo, toma, lo que tienes que hacer es llamar aquí» (Mario).

3.5.3. Escaso reconocimiento y valoración del Trabajo Social

El Trabajo Social ha perdido reconocimiento en el ámbito de las conductas adictivas debido a la influencia de las perspectivas biomédicas. Aunque es valorado por profesionales del equipo multidisciplinar, existe desconfianza por parte del entorno familiar y una infravaloración institucional. Sin embargo, las personas entrevistadas reconocen y valoran positivamente el papel del Trabajo Social en esta área.

«No está suficientemente reconocido. Creo que dentro de los equipos sí hay un reconocimiento [...], pero no así desde el punto de vista institucional. Ahí hay más dificultades a la hora de reconocer, sobre todo desde el ámbito estrictamente público» (TS2).

«En cuanto a la intervención con la familia, también he podido detectar al principio un rechazo hacia la figura de Trabajo Social, porque consideran que no pueden aportarles nada si no es un profesional especializado o especializada en psicología» (TS4).

«Hay muchas cosas que no solo son la medicalización o la terapia. O sea, es la prevención, es el entorno, ¿sabes?, es la sociedad [...]. Hay mucha desestructura que no sabemos gestionar y ahí están las trabajadoras sociales» (Mario).

En este contexto, las profesionales identifican como un desafío la dificultad para promocionar adecuadamente la labor del Trabajo Social, planteando la necesidad de incrementar la investigación, la divulgación y la participación activa en congresos.

«Vendemos muy poco nuestro trabajo. Creo que nos cuesta salir a congresos, nos cuesta salir desde la investigación. A veces peleamos mucho por la gente para la que estamos trabajando, pero a la vez nos cuesta trabajar para nosotras mismas y para defender la imprescindible labor que hacemos» (TS1).

4. DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido examinar en profundidad los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas en la Comunidad Valenciana. La metodología cualitativa empleada ha sido fundamental para captar la complejidad de este fenómeno, al integrar tanto la perspectiva profesional como la experiencia de las personas usuarias. Esta aproximación ha facilitado la identificación de transformaciones en la percepción social de las conductas adictivas y en los modelos de intervención, revelando la necesidad de adaptar los servicios a una realidad cada vez más diversa.

En este contexto, las entrevistas realizadas con las trabajadoras sociales han evidenciado cambios significativos en el perfil de las personas que acceden a los recursos de atención, así como en las conductas adictivas que generan demanda. Este hallazgo subraya la necesidad de ajustar los servicios y programas para responder a la diversidad de realidades y necesidades específicas, tal y como establece la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). En esta línea, se observa una evolución en la intervención en conductas adictivas, donde las acciones se desarrollan en base al código deontológico, la evidencia científica y se implementan conforme a estándares de calidad. Esto coincide con los valores establecidos en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 (Ministerio de Sanidad, 2022), el cual establece que las intervenciones deben estar empíricamente contrastadas y científicamente fundamentadas. De manera análoga, el estudio esclarece la existencia de una transformación epistemológica que apuesta por la adopción de un modelo biopsicosocial, que incorpora factores individuales, sociales y ambientales en la comprensión de las adicciones. Apud y Romani (2016) destacan que este enfoque ha permitido una mayor atención a las dinámicas relacionales y al contexto en el que surgen las conductas adictivas. No obstante, aún persisten barreras que limitan su implementación. Como señalan Castilla *et al.* (2017), el modelo biomédico continúa

predominando en las intervenciones, lo que resulta en una atención fragmentada e insuficiente para abordar la complejidad inherente a las conductas adictivas.

Respecto a las barreras percibidas y posibles soluciones dentro del sistema de atención, se observa que el modelo biomédico no solo restringe la efectividad de los tratamientos, sino que también acentúa otras dificultades relacionadas con la autoeficacia, las limitaciones estructurales y las barreras sociales y profesionales (Carbonell et al., 2020). En este sentido, Saloner y Le Cook (2013) identifican las barreras financieras como uno de los principales factores que generan desigualdades en el acceso a los servicios de adicciones. Sin embargo, en la presente investigación, este factor no se presenta de manera tan evidente, lo cual podría explicarse por la cobertura más amplia de la red pública de atención en la Comunidad Valenciana, en contraste con los modelos asistenciales de otros países.

Desde una perspectiva estructural, los hallazgos reflejan la escasa prioridad política otorgada a la esfera de las conductas adictivas. Esto concuerda con el estudio de Malik y Khan (2016), el cual afirma la existencia de una partida presupuestaria muy limitada para abordar la complejidad de dicho fenómeno. Además, las largas listas de espera, la falta de flexibilidad horaria y las dificultades logísticas de los servicios son obstáculos recurrentes que afectan la continuidad de los tratamientos, tal como lo han señalado investigaciones previas (Cumming, 2016; Palad y Snyder, 2019; Madras et al., 2020). En este contexto, se subraya la importancia de la implicación de los poderes públicos y el incremento de la inversión para superar las barreras estructurales en la atención a las conductas adictivas. A este respecto, Appel et al. (2009) proponen medidas concretas como la descentralización de los servicios, el financiamiento del transporte para personas en zonas rurales y el fortalecimiento de la atención comunitaria.

Desde el punto de vista social, la baja percepción del riesgo y la normalización del consumo en determinados entornos representan desafíos significativos, tal como lo señala la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. A esto se suma el estigma social, identificado en este estudio como una de las principales barreras que impiden a muchas personas buscar ayuda por miedo a ser discriminadas en sus espacios familiares, laborales y comunitarios, hallazgo que coincide con la investigación de Apsley (2023). En consonancia con esta problemática, se ha observado una relación directa entre el estigma y la deshumanización en la atención profesional dentro del sistema sanitario, lo que impacta negativamente en la calidad del trato recibido por las personas con conductas adictivas. Autores como Carusone et al. (2019) y Boekel et al. (2013) evidencian que esta estigmatización es generalizada dentro del ámbito médico, lo que refuerza las barreras de acceso al tratamiento. Para contrarrestar este fenómeno, se propone la implementación de estrategias preventivas en los ámbitos educativo, sanitario y comunitario, con el objetivo de modificar percepciones erróneas y fomentar una visión más comprensiva y libre de prejuicios. En esta línea, Yépez et al. (2022) abogan por la construcción de una cultura de prevención que evite la criminalización y la culpabilización de las personas con conductas adictivas, promoviendo una intervención basada en el respeto y la dignidad. Asimismo, la educación emocional se señala como una herramienta clave en la prevención, contribuyendo al fortalecimiento de factores protectores que reducen el riesgo de desarrollar adicciones (Villanueva y Alapont, 2017).

Por otro lado, la investigación ha puesto en evidencia la ausencia de vínculos sociales y la falta de apoyo familiar como una dificultad ostensible en el proceso terapéutico. Tavakoli et al. (2017) destacan que el respaldo de la red social y familiar no solo incrementa la motivación para bus-

car ayuda, sino que también favorece la adhesión al tratamiento. No obstante, Martínez (2016) sostiene que, en diversas circunstancias, las familias carecen de conocimientos para brindar un apoyo adecuado. En este sentido, los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer el trabajo con el entorno familiar y comunitario, promoviendo intervenciones que ayuden a las personas afectadas a comprender su realidad desde una perspectiva más amplia y menos individualizada (Calvo y Avilés, 2007).

A nivel profesional, los resultados evidencian la insuficiencia de recursos humanos y materiales, lo que limita la eficacia de la intervención y reduce la capacidad de los servicios para garantizar un seguimiento adecuado. Hoge *et al.* (2013) identifican esta escasez como un problema recurrente en los sistemas de salud, mientras que Barahona (2016) señala que la sobrecarga laboral y la excesiva burocracia contribuyen al desgaste del personal, afectando directamente la calidad de la atención. Asimismo, Chia y Mashika (2021) evidencian la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, lo que genera discontinuidades en la atención y dificulta la derivación efectiva de casos. Todo ello, en consonancia con los hallazgos de esta investigación, resalta la necesidad de incrementar el número de profesionales cualificados, mejorar sus condiciones laborales y reducir las ratios de atención para garantizar un abordaje más personalizado. De igual forma, para hacer frente a la deficiente coordinación y el escaso seguimiento, la investigación de Molina *et al.* (2016) subraya la importancia de implementar protocolos de coordinación sociosanitaria. En esta línea, el presente estudio aboga por la creación de un protocolo específico que articule la red de salud mental con los servicios de atención a las conductas adictivas, así como por el desarrollo de estrategias colaborativas entre estos y los Servicios Sociales. Además, como medida complementaria para mejorar la coordinación y fortalecer el trabajo interdisciplinar, se propone la consolidación de espacios de diálogo entre profesionales especializados/as en esta área.

Por otro lado, se ha identificado que la negación del problema, la falta de conciencia y la ausencia de honestidad constituyen barreras significativas en el tratamiento de las conductas adictivas, lo que coincide con la literatura científica previa (Perumbilly *et al.*, 2019; Stanojlovic y Davidson, 2021). Para hacer frente a estas dificultades, Villanueva (2017) propone estrategias orientadas al fortalecimiento de habilidades interpersonales e intrapersonales, como un mayor autoconocimiento, una autoestima consolidada, un autocontrol efectivo, destrezas en la resolución de conflictos y una adecuada valoración de alternativas.

Asimismo, se han identificado diversas barreras que enfrentan los colectivos en riesgo en relación con las conductas adictivas. En primer lugar, se observa una gran rigidez en los servicios de atención, los cuales, al establecer criterios que configuran perfiles específicos, excluyen a quienes no se ajustan a esos patrones preestablecidos. En consecuencia, los colectivos en riesgo experimentan la sensación de no encajar en los recursos disponibles, percibiendo que sus necesidades particulares no son valoradas ni tenidas en cuenta dentro de los sistemas de atención. En este sentido, el estudio de Jones (2000) clarifica que las conductas adictivas se han conceptualizado desde una perspectiva individualista, sin dar cabida a la discriminación ni a las dinámicas de opresión institucional. En este contexto, los dispositivos asistenciales no se ajustan a la diversidad de realidades existentes, lo que responde a la falta de consideración de la interseccionalidad de las identidades sociales y de los factores ecológicos que influyen en esta problemática social (Standley, 2020). Así, nos encontramos con servicios configurados en función de las necesidades y perspectivas masculinas (El-Bassel y Strathdee, 2015), con profesionales formados/as

para aplicar prácticas heteronormativas (Anhalt *et al.*, 2003; Røndahl, 2011), y con recursos que no abordan de manera integrada las diferentes necesidades asociadas a la patología dual (Calderón, 2021). Todo ello culmina en una atención de baja calidad y en un estigma más pronunciado hacia los colectivos en riesgo con conductas adictivas. Por tanto, para abordar estos obstáculos adicionales, esta investigación propone la creación de espacios concretos dentro de los servicios para abordar las particularidades de las diversas realidades, la consolidación de un recurso específico para las personas con patología dual, el fortalecimiento de la capacitación en conductas adictivas para los profesionales del sistema sanitario, así como la incorporación de especialidades profesionales en áreas como la identidad sexual y el género, con el fin de evitar prácticas que puedan ser percibidas como insensibles o discriminatorias (Lloyd y Mowbray, 2016).

Finalmente, los resultados de la investigación subrayan que el Trabajo Social juega un rol clave en la defensa de los derechos de las personas con conductas adictivas, promoviendo su inclusión mediante un enfoque interdisciplinario con las familias, las instituciones y la comunidad. La literatura científica reconoce que el Trabajo Social ha sido pionero en el abordaje de las conductas adictivas, contribuyendo de manera significativa al diseño e implementación de estrategias de intervención (Torres *et al.*, 2009). Sin embargo, el estudio de Asensio (2023) coincide con nuestros hallazgos, al señalar que, pese a su relevancia, ha existido una progresiva desvalorización de esta disciplina dentro del ámbito institucional, lo que ha resultado en la ausencia del Trabajo Social en muchos centros y servicios de atención a las conductas adictivas (Chia y Mashika, 2021). Esta situación plantea un reto importante para fortalecer y promover el rol del Trabajo Social en este contexto. Además, esta preocupación es respaldada por el estudio de Sixto y Olivar (2018), quienes destacan la urgente necesidad de aumentar tanto la investigación como la divulgación de la disciplina para visibilizar y reivindicar su función esencial en el tratamiento de las conductas adictivas.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, varias son relevantes. En primer lugar, la coordinación con trabajadores sociales de distintos recursos de atención a las conductas adictivas representó un desafío importante, dado que la mayoría de los servicios enfrentan una escasez de profesionales y una sobrecarga asistencial significativa, lo que limitó la disponibilidad de las personas participantes. Como resultado, una de las entrevistas tuvo que realizarse por escrito debido a la alta carga de trabajo de la profesional. Asimismo, la inclusión de la perspectiva de las personas afectadas por conductas adictivas, si bien enriqueció el estudio con experiencias valiosas, también presentó un desafío adicional. Algunas participantes revivieron situaciones dolorosas, lo que ocasionó bloqueos emocionales que requirieron un enfoque especialmente sensible y empático a lo largo del proceso. Finalmente, otra limitación importante fue el reducido número de estudios que abordan las conductas adictivas en colectivos en riesgo desde la perspectiva del Trabajo Social. La mayoría de las investigaciones existentes tienden a ver las conductas adictivas como un fenómeno individual y voluntario, sin abordar de forma crítica las dinámicas sociales, institucionales y políticas que perpetúan la exclusión y marginalización de estos colectivos.

Por ello, esta investigación tiene como objetivo visibilizar las estructuras de dominación subyacentes en los problemas sociales, en este caso en las conductas adictivas, promoviendo un cambio en la concepción del fenómeno mediante una visión holística que va más allá de la individualidad. Este estudio se configura como un análisis crítico del sistema, además de una reivindicación del rol político del Trabajo Social como disciplina promotora del cambio. También actúa como una denuncia institucional sobre la desvalorización de la profesión en el ámbito de las conductas

adictivas, exigiendo su incorporación en todos los equipos multidisciplinares para asegurar una atención integral a las personas y sus familias. En este contexto, los/as trabajadores/as sociales no deben ser vistos únicamente como proveedores de recursos, sino como agentes de cambio que, a través de la intervención social, fomentan el fortalecimiento y la participación activa de las personas y familias en los procesos de tratamiento. En consecuencia, este estudio debe servir como un estímulo para futuras investigaciones en el Trabajo Social sobre la interseccionalidad de las conductas adictivas, las identidades sociales y los sistemas de poder. Es imprescindible visibilizar las dinámicas de opresión, fomentar la producción teórica propia y resaltar la importancia de la disciplina en el ámbito de las conductas adictivas.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación identifica cinco barreras clave en los sistemas de atención a las conductas adictivas. En primer lugar, se encuentran las barreras sistémicas, derivadas principalmente de la falta de compromiso político por parte de las instituciones. En segundo lugar, se destacan las barreras sociales, que provienen del estigma, la percepción social negativa de las conductas adictivas y la ausencia de una red de apoyo efectiva. A continuación, las barreras profesionales están relacionadas con la limitada capacitación y especialización del personal encargado de la atención. En cuarto lugar, se encuentra la persistencia del modelo biomédico, que contribuye a la deshumanización y vulneración en la atención. Finalmente, se identifican barreras vinculadas a la autoeficacia, como la falta de conciencia, negación del problema, escaso compromiso personal y la falta de honestidad en el proceso de intervención. En conjunto, estas barreras revelan una brecha significativa en las políticas públicas y en la intervención profesional en el ámbito de las conductas adictivas.

Estos hallazgos nos permiten abordar una de las preguntas clave de la investigación: ¿Existen redes de atención amplias, consolidadas, diversificadas y accesibles para toda la comunidad en relación con las conductas adictivas? El estudio muestra que la red de atención disponible es limitada, marcada por una escasa voluntad política, lo que perpetúa la falta de una atención integral y adecuada para las personas afectadas por estas conductas. Por tanto, es fundamental que los/as trabajadores/as sociales adopten un papel activo en la agenda política, aportando su conocimiento experto sobre las necesidades sociales, para que se diseñen políticas públicas específicas y efectivas en materia de adicciones. En este sentido, la investigación señala que las políticas en este ámbito, a menudo, no incorporan la voz de las personas afectadas ni de los profesionales especializados. Por ello, se proponen futuras líneas de intervención basadas en las oportunidades y alternativas identificadas por los y las participantes del estudio.

A nivel estructural, se destaca la necesidad de una transformación epistemológica que ponga énfasis en los factores sociales, culturales y ambientales que influyen en las conductas adictivas, reconociendo la interseccionalidad de las distintas categorías sociales. Las políticas públicas sobre adicciones deben, por tanto, basarse en un diagnóstico social previo a su formulación e implementación, para garantizar una cobertura adecuada de necesidades y una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. Este cambio de enfoque debe ir acompañado de un compromiso político materializado en una inversión proporcional a las necesidades detectadas.

De forma paralela, esta transformación epistemológica también implica un cambio metodológico, consolidando servicios que sean flexibles y sensibles a las especificidades de las diversas

realidades asociadas a las conductas adictivas. Para ello, es crucial fortalecer la formación especializada del personal de atención y promover programas de habilidades sociales que favorezcan un enfoque centrado en la persona. Además, para abordar el doble estigma que enfrentan los colectivos en riesgo de adicciones, se subraya la importancia de implementar programas de prevención que incluyan prácticas emocionales y habilidades sociales, siempre con la participación activa de las personas afectadas en su diseño y ejecución. El trabajo con el entorno familiar, social y comunitario también debe recibir especial atención. En este contexto, el Trabajo Social juega un papel esencial en la comprensión y abordaje de las necesidades sociales, familiares y comunitarias, así como en la prevención y el trabajo en red. Es fundamental mejorar la coordinación entre los profesionales de distintos sistemas de protección social, mediante la implementación de protocolos de coordinación y espacios de diálogo.

En conclusión, las políticas públicas no pueden ser imparciales frente a las injusticias sociales. Por ello, es imperativo construir sinergias colectivas entre las personas afectadas, la sociedad en general, las instituciones y los/as profesionales, con el fin de lograr una atención integral mediante la consolidación de una red accesible, diversa y consolidada para la atención a las conductas adictivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anhalt, K., Morris, T. L., Scotti, J. R., y Cohen, S.H. (2003). Student perspectives on training in gay, lesbian, and bisexual issues: A survey of behavioral clinical psychology programs. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 255-263. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80038-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80038-X)
- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., y Oldak, R. (2009). Barriers to enrollment in drug abuse treatment suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153. <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>
- Apsley, H., Vest, N., Knapp, K., Santos, A., Gray, J., Hard, G., y Jones, A. A. (2023). Non-engagement in substance use treatment among women with an unmet need for treatment: A latent class analysis on multidimensional barriers. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109715>
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions*, 16(3), 115-125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i2.267>
- Asensio, I. (2023). Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 40(129), 51-66. <https://www.serviciosocialesypoliticassocia.com/reflexion-critica-sobre-la-desvalorizacion-institucional-de-la-profesion-de-trabajo-social-en-el-tratamiento-de-las-adicciones->
- Carbonell, A., Navarro-Pérez, J. J., y Mestre, M. V. (2020). Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1366-1379. <https://doi.org/10.1111/hsc.12968>

- Barahona, M. J. (2016). *El Trabajo Social: Una disciplina y profesión a la luz de la historia*. Universidad Complutense Madrid.
- Bautista-Joaqui, H. E., y Castillo-Niño, J. V. (2020). Trabajadora/e/s Sociales como sujetos políticos, una apuesta desde la reconceptualización latinoamericana. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* (9), 49-59. <https://doi.org/10.6018/azarbe.441971>
- Boekel, L. C., Brouwers, E., Weeghel, J. V., y Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Calderón, C. (2021). El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte de Salud Mental*, 17(65), 34-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8047262>
- Calvo, H., y Avilés, A. (2007). *Intervenir con familias desde los centros de día*. PATIM y ASECEDI. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/IntervencionFamilias.pdf>
- Carusone, S. C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., Prinse, K., Cobb, G., Ushur, R., y Strike, C. (2019). «Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?—hospital care experiences of people who use drugs». *Harm Reduction Journal*, 16, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Castilla, C., Villamarín, S., Vicente, A. D., y Berdullas, S. (2017). El declive de la atención en las adicciones. *INFOCOP*, 77, 3-7. <https://www.cop.es/infocop/pdf/2856.pdf>
- Chia, F., y Mashika, E. (2021). Access to drug treatment services in Nigeria: The challenge of the addiction workforce. *Journal of Substance Use*, 28(3), 367-370. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2047809>
- Cumming, C., Troeung, L., Young, J. T., Kelty, E., y Preen, D. B. (2016). Barriers to accessing methamphetamine treatment: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence*, 168, 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.001>
- Damari, B., Hajebi, A., y Hossein, M. (2021). Interventions for decreasing drug abuse and social problem in Iran's comprehensive mental and social health services. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(2), 238-242. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i2.5824>
- El-Bassel, N., y Strathdee, S.A. (2015). Women who use or inject drugs: An action agenda for women-specific, multilevel, and combination HIV prevention and research. *JAIDS, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69, 182-190. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000628>
- Flick, U. (2022). *An Introduction to qualitative research* (7th ed.). SAGE Publishing.

- Friedman, S. R., Krawczyk, N., Perlman, D. C., Mateu P., Ompad, D. C., Hamilton, L., Nikolopoulos, G., Guarino, H., y Magdalena, C. (2020). The opioid and overdose crisis: a dialectic of pain, despair, and unilateral struggle. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.540423>
- Giménez, V. M. (2014). Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 187-195. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198541>
- Heredia, C., y Nebra, J. (2022). Entre lo esencial y la subalternidad: Disputas del Trabajo Social en salud en contexto de pandemia desde una perspectiva de género. *Revista Debate Público*, 23, 60-69. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2022/09/11_Heredia.pdf
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Herzog, B. (2006). *Entender crimen y justicia. Métodos y técnicas de investigación social cualitativa en criminología*. Tirant lo Blanch.
- Hoge, M. A., Stuart G. W., Morris, J., Flaherty, M. T., Paris, M., y Golperud, E. (2013). Mental health and addiction workforce development: Federal leadership is need to address the growing crisis. *Health Affairs*, 32(11), 2005-2012. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0541>
- Lloyd, J., y Mowbray, O. (2016). Sexual orientation, treatment utilization, and barriers for alcohol related problems: Findings from a nationally representative sample. *Drug and Alcohol*, 161, 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.025>
- Madras, B. K., Ahmad, N. J., Wen, J., Sharfstein, J. S., y Prevention, Treatment and Recovery Working (2020). Improving access to evidence-based medical treatment for opioid use disorder: Strategies to address key barriers within the treatment system. *National Academy of Medicine*, 2020, 2-37. <https://doi.org/10.31478%2F202004b>
- Malik, M. A., y Khan, M. M. (2016). Economic burden of mental illness in Pakistan. *Community Health Sciences*, 19(3), 155-166. https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_chs_chs/301/
- Martínez, D. P. (2016). *Del tabú a la normalización. Familias, comunicación y prevención del consumo de drogas*. Edicions Bellaterra.
- Mercado, J. A., y Coronado, J. M. (2021). El muestreo y su relación con el diseño metodológico de la investigación. En Lerma, A., Guillermo, J., Martínez, M. C., González, L. E., Coronado, J. M., Barraza, A., Mejía, M. J., y Mercado, J. A., *Manual de Temas Nodales de la Investigación Cuantitativa. Un abordaje didáctico* (pp. 4-172). Universidad Pedagógica de Durango.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-2024*. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones* 2017-2024. Editorial Secretaría General Técnica. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_ aproba-da_CM
- Molina, A. J., González, J., Montero, F. J., y Gómez, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 26(1), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009>
- Motyka, M. A., Al-Imam, A., Haligowska, A., y Michalak, M. (2022). Helping women suffering from drug addiction: Needs, barriers and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 2-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114039>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Estadísticas 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME>
- Palad, V., y Snyder, J. (2019). «We don't want him worrying about how he will pay to save his life Using medical crowdfunding to explore lived experiences with addiction services in Canada». *International Journal of Drug Policy*, 65, 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.016>
- Perumbilly, S. A., Melendez, T., y Anderson, S. (2019). Facilitators and barriers in treatment-seeking for substance use disorders: Indian clinical perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(2), 240-256. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1530579>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- Röndahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31(4), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.003>
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Saloner, B., y Le Cook, B. (2013). Blacks and hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. *Health Affairs*, 32(1), 135-145. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0983>
- Sixto, A., y Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141-148. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/RES-26-andrea.pdf>
- Slapak, S., y Grigoravicius, M. (2007). «Consumo de drogas»: la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239-249.
- Spalding, A. (2022). *The experiences of LGBQ clients accessing substance use treatment: Understanding barriers and facilitators through minority stress theory* [Tesis Doctoral, Alliant Inter-

- national University]. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/experiences-lg-bq-clients-accessing-substance-use/docview/2758665468/se-2>
- Standley, C. J. (2020). Expanding our paradigms: Intersectional and socioecological approaches to suicide prevention. *Death Studies*, 46(1), 224-232. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725934>
- Tavakoli, H., Lashkardoost, H., Afshari, A., Kaviyani, F., Akbarzadeh, M., Yousefnejad, Z., y Saadati, H. (2021). Perceived barriers to addiction treatment: An inductive qualitative content analysis. *Journal of Substance Use*, 27(5), 1-6. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1967482>
- Tavakoli, H., Niknami, S., Aminshokravi, F., y Hojjat, S. K. (2017). Effectiveness of the video-based education in the retention of addiction treatment. *Journal of Substance Use*, 22(3), 253-259. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1182592>
- Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Villanueva, V. J. (2017). *Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela.
- Villanueva, V. J., y Alapont, M. L. (2017). *La educación emocional en la prevención de las conductas adictivas*. Universidad Internacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/informes-viu/la-educacion-emocional-en-la-prevencion-de-las-conductas-adictivas>
- Vives, T., y Hamui, L. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en educación médica*, 10(40), 97-104. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for Medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yépez, A. B., Yépez, A. J., Morales, D. C., y Urdaringo, J. P. (2022). Las drogas como problema social y educativo en los jóvenes de Quevedo. *Revista Publicando*, 4(1), 220-230. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/382>



FACTORES SOCIALES EN EL SUICIDIO DE PERSONAL SANITARIO. EL IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL Y LA NECESIDAD DE UNA AUTOPSIA SOCIAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SOCIAL FACTORS IN HEALTHCARE WORKER SUICIDE. THE IMPACT OF WORK-RELATED STRESS AND THE NEED FOR A SOCIAL AUTOPSY: A SYSTEMATIC REVIEW

Ángel Luis Arricivita Amo

Trabajador social sanitario. Centro de Salud Fidel Pagés de Huesca (España). Servicio Aragonés de Salud.

Javier Olivera Pueyo

Psiquiatra. Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Universidad de Zaragoza.

Visitación Ortega Riba

Bibliotecaria. Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Miembro del equipo Bibliosalud-Aragón (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-IACS).

Resumen: Se ha realizado una revisión de la literatura científica para valorar los factores sociales vinculados al suicidio del personal sanitario, sus condicionantes y factores de influencia en este tipo de conducta. Del estudio se desprende la necesidad de la realización de autopsias sociales.

Palabras Clave: suicidio, variables sociales, autopsia social, personal sanitario, estrés laboral.

Abstract: A review of the scientific literature has been carried out to assess the social factors linked to suicide among healthcare personnel, its determinants and factors influencing this type of behaviour. From the study, the need for social autopsies has emerged.

Keywords: suicide, social variables, social autopsy, health personnel, work-related stress.

Referencia normalizada: Arricivita Amo, A. L.; Olivera Pueyo, J. y Ortega Riba, V. (2025). Factores sociales en el suicidio de personal sanitario. El impacto del estrés laboral y la necesidad de una autopsia social: una revisión sistemática. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-22. Doi: 10.12960/TSH.2025.0009

Correspondencia: Ángel Luis Arricivita Amo. Email: aarricivita@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio fue definido por la OMS en 1986 como «un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto a sabiendas o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los resultados deseados» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 43). Constituye uno de los problemas de salud pública y social, más relevantes a nivel mundial (World Health Organization, 2012, 2014) incluida España (World Health Organization, 2021).

En España, con los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE), referido al año 2022, «El *suicidio* se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 4.227 fallecimientos, un 5,6% más» (Instituto Nacional de Estadística, 2023, p. 5), que en 2021; siendo en los hombres la principal causa de muerte externa (3.126 fallecidos y un aumento del 4,8% respecto a 2021), y en las mujeres la tercera (1.101 muertes), con un aumento del 7,8% respecto de 2021, detrás del *ahogamiento*, *sumersión* y *sofocación* y las *caídas accidentales* (Instituto Nacional de Estadística, 2023).

A pesar de ser referidas las posibles variables o circunstancias sociales, como parte de la interacción multifactorial, de la persona suicida: familiares, laborales, profesionales, económicas, legales, estilo de vida, educativas, de salud, sexuales, competencias personales, habilidades sociales, proyecto vital, hábitat, ocio, factores culturales, acontecimientos vitales estresantes y otras, no existen apenas estudios que incidan más en el conocimiento de las mismas. A este respecto, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, considera como factores de riesgo asociados los *factores sociales* y *ambientales*, entre otros. Por ello, «Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente [...]». (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 29). Si bien no es representativo, puede orientar un estudio llevado a cabo en nuestro medio entre 2013 y 2015, en el que resulta que, «[...] los factores precipitantes o motivadores están relacionados con problemas a nivel social, familiar y de salud» (Naudó-Molist et al., 2017, p. 138) de las personas que se quitan la vida.

Con respecto al **suicidio en la población sanitaria**, si ya el suicidio como tal es un tema tabú, en el caso de esta adquiere mayor ocultamiento.

La revisión bibliográfica de Mingote Adán y sus colaboradores/as (2013) destaca, entre otros aspectos, que la tasa de suicidio de los médicos es superior que la de la población general, mientras que la de las médicas es claramente mayor (Mingote Adán, J. C. et al., 2013).

En nuestro país, parece que son muy escasos los estudios al respecto. Quizás la referencia más cercana al tema es el *Estudio de mortalidad en la profesión médica 2005-2014* (Organización Médica Colegial, 2019), que se presentó en los últimos meses del año 2019 a cargo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Una de las conclusiones es que el suicidio es la principal causa de muerte externa en la población médica, con mayor incidencia en las médicas con respecto a las mujeres de la población general. Señala también como dato relevante que, por especialidades médicas, Geriátrica, Oncología y Medicina Intensiva obtienen los porcentajes más altos: 9,1, 8,3 y 6,7%, respectivamente.

Con respecto a Enfermería, parece que no hay estudios en nuestro medio. Puede ser de referencia el primer estudio longitudinal llevado a cabo con enfermeras estadounidenses en relación al suicidio, publicado en 2020 y que abarcó el período 2005-2016 (Davidson *et al.*, 2020). Concluía que las enfermeras tenían un mayor riesgo de suicidio que la población general; así mismo, los problemas laborales y los antecedentes de salud mental estaban relacionados con la decisión autolítica (Davidson *et al.*, 2020).

El suicidio, desde la consideración, cuando menos, de una muerte violenta está sujeta a investigación judicial al igual que aquellas «en sospechas de criminalidad, muertes naturales no certificadas, súbitas o sin patología previa conocida en el sujeto» (Real Academia Española, 2022, p. 1); y, por tanto, requiere de una autopsia médico-legal con la finalidad de determinar la causa, el momento, o la etiología de la muerte (Real Academia Española, 2022).

Desde este punto de partida, una revisión sistemática de 76 informes de autopsia psicológica, publicada en 2003, señaló que los efectos de variables sociológicas no habían sido suficientemente estudiados y concluyó que: «Los estudios adicionales deben centrarse en trastornos específicos y factores psicosociales» (Cavanagh *et al.*, 2003, p. 395). Los estudios de autopsia psicológica acusan la ausencia de aportes sólidos de índole social, a pesar de que la interrelación psíquica y social está ampliamente estudiada en diversos contextos [centros de salud (Arricivita Amo *et al.*, 1993), hospitales (Lobo *et al.*, 1982), urgencias sanitarias (Pilossoff-Gelb *et al.*, 1997); Arricivita Amo *et al.*, 2016), catástrofes (Arricivita Amo y Pérez Sales, 2005), etc.].

En este sentido, la **autopsia social** se puede definir como una investigación científica post mortem, retrospectiva e indirecta, centrada en los aspectos sociales de una persona fallecida en circunstancias traumáticas o dudosas con el objetivo de ayudar a comprender las circunstancias de su muerte, perfilar su historia vital y clarificar la naturaleza de su muerte (Gómez Aguilar, M. C., 2021; Parrotta, A. C., 2021; Ruiz Rodríguez, P., 2013; Sánchez Arenas, J., 2016). Conociendo así los factores de riesgo social, su utilidad final es articular medidas preventivas, además de investigación forense y clínica.

La presente revisión sistemática pretende examinar la existencia de factores y problemas sociales en la bibliografía científica asociada al suicidio en población sanitaria; vinculando así, la necesidad de realizar autopsias sociales como procedimiento de detección-evaluación de los mismos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica que contempló la revisión de metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre suicidio en población sanitaria entre los años 2009 y 2021.

Fueron criterios de inclusión artículos publicados sobre *suicidio consumado* o *muerte por suicidio de personal sanitario* en esos 12 últimos años en los idiomas inglés y español, con referencias a factores sociales en general, o alguno/s en particular, de los/as profesionales fallecidos/as. Se decidió ese espacio temporal, sospechando un probable incremento de suicidios en el marco de la Gran Recesión iniciada en 2008 y en los meses más críticos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en 2020, ambas de dimensión mundial.

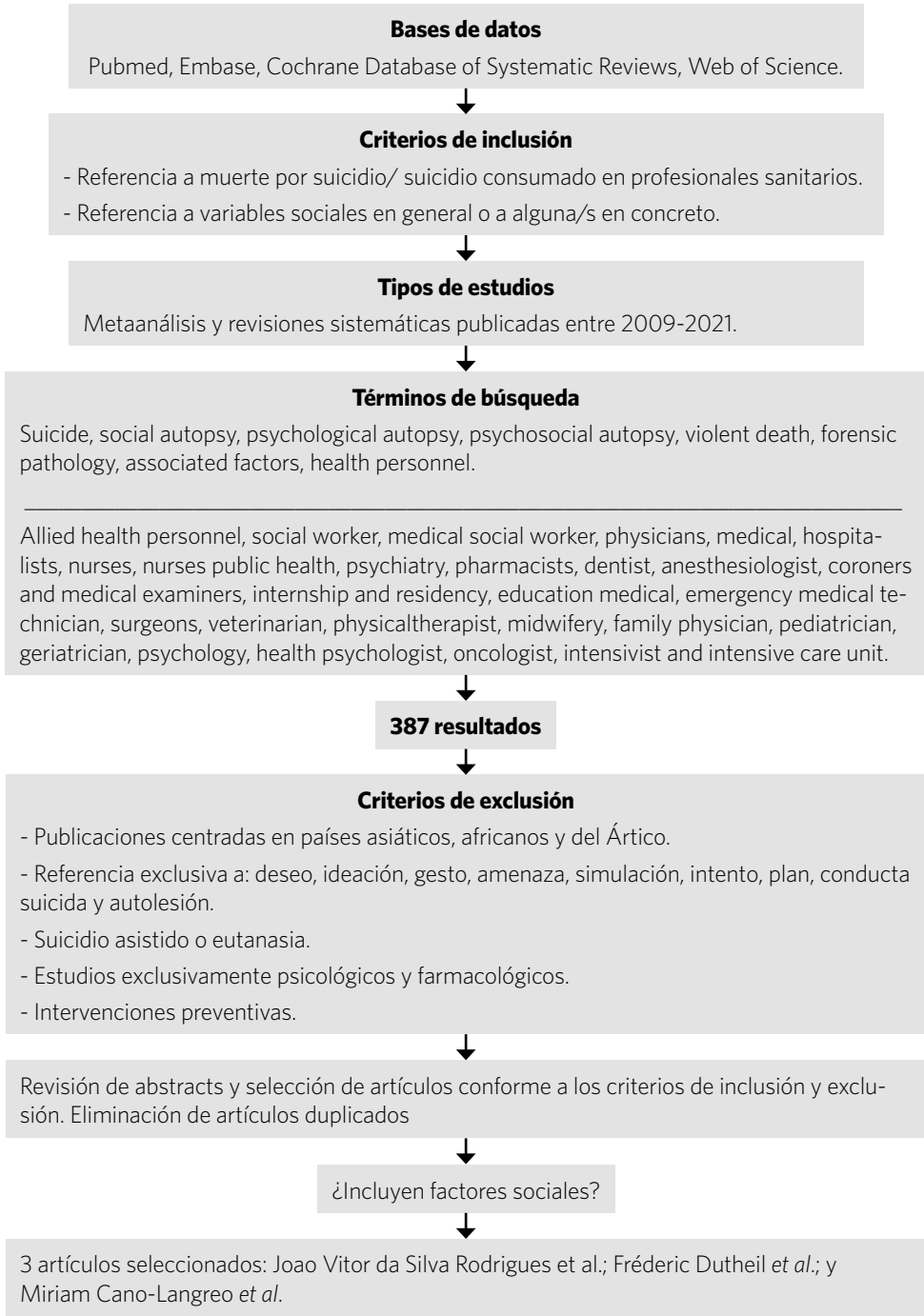
Como criterios de exclusión se consideraron publicaciones centradas en países asiáticos, africanos y del Ártico; referencias exclusivas a: deseo, ideación, gesto, amenaza, simulación, intento, plan y autolesión; suicidio asistido o eutanasia; estudios exclusivamente psicológicos y farmacológicos; así como los centrados en intervenciones preventivas.

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews y Web of Science. Se llevó a cabo una búsqueda inicial con las palabras clave: *Suicide, health personnel, healthcare personnel, social autopsy, psychological autopsy, psychosocial autopsy, violent death, forensic pathology* y *associated factors*, con diversas estrategias de búsqueda.

Utilizando las mismas bases de datos, se profundizó el análisis con una segunda búsqueda, esta vez por gremios sanitarios que incluyeron las palabras claves: *suicide, social autopsy, psychological autopsy, psychosocial autopsy, violent death, forensic pathology, allied health personnel, social worker, medical social worker, physicians, medical, hospitalists, nurses, nurses public health, psychiatry, pharmacists, dentist, anesthesiologist, coroners and medical examiners, internship and residency, education medical, emergency medical technician, surgeons, veterinarian, physicaltherapist, midwifery, family physician, pediatrician, geriatrician, psychology, oncologist and intensivist*, con diversas estrategias de búsqueda. La consideración de esos gremios sanitarios, obedece a que siendo un problema —el del suicidio en personal sanitario— escasamente hablado, parecía una oportunidad de abordar el conocimiento científico del mismo desde un espectro amplio y variado de especialidades sanitarias y no, solamente, el colectivo médico y enfermero. Para la concreción de esas especialidades sanitarias, se tuvieron en cuenta los hallazgos en la diferente bibliografía científica internacional y nacional, al respecto.

A continuación, se realizó una selección de las publicaciones basándose en las informaciones aportadas en los resúmenes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos. Se eliminaron los artículos duplicados. Así mismo, se analizaron algunos artículos completos al objeto de conocer con más detalle posibles aspectos que pudieran ser relevantes para este estudio. La metodología llevada a cabo se resume en la Figura 1.

Fig. 1. Flujograma de búsqueda



3. RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 387 artículos de revisiones sistemática y metaanálisis de los cuales, solamente 3 cumplían los criterios de inclusión aplicados en el presente estudio: Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021); Frédéric Dutheil (Dutheil *et al.*, 2019); Miriam Cano Langreo (Cano Langreo *et al.*, 2014). En la Tabla 1 se detallan las características de los artículos seleccionados: número de estudios incluidos en cada artículo, población incluida en cada uno de ellos, método, especialidades sanitarias participantes, factores sociales observados, consulta de historia social, problemas de salud, análisis por especialidades médicas, otros profesionales no sanitarios incluidos en los estudios, referencia a autopsia psicológica, social o psicosocial, así como a estrategias preventivas de corte psicosocial.

Tabla 1. Factores sociales evaluados

Autores	Año	Estudios Seleccionados	Población incluida en los estudios (N)	Método	Trabajador sanitario
Joao Vitor da Silva Rodrigues, Jose E. Guimaraes Peerira, Luisa Almeida Passarelli, Gabrielle MGB Guatura y Regina El Dib. [European Journal of Anaesthesiology 2021;38:715-734]	2021	39	143.630 profesionales	Revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales	"Profesional de salud proveedor de anestesia. Profesionales de salud no proveedores de anestesia: médicos, residentes y/o enfermeros asociados con otras especialidades médicas: pediatría, cirugía, psiquiatría y medicina familiar."
Frédéric Dutheil, Claire Aubert, Bruno Pereira, Michael Dambrun, Fares Moustafa, Martial Mermillod, Julien S. Baker, Marion Troussellard, François-Xavier Lesage, Valentin Navel. [Plos One, 2019 Dec 12;14(12)]	2019	65	31.809 médicos*	Revisión sistemática y metaanálisis	Médicos
"M. Cano-Langreo, S. Cicirello-Salas, A. López-López, M. Aguilar-Vela [Med y Segur Trab (Internet) 2014;60 (234) 198-218]"	2014	20	N=696.501 profesionales [n1= 680.933 (suicidios consumados), n2= 15.094 (ideación suicida), n3= 146 (riesgo suicida), n4= 328 (ideación, planes e intentos)]	Revisión bibliográfica	Anestesiistas, psiquiatras, médicos de familia, dentistas, personal de enfermería, farmacéuticos y residentes quirúrgicos.

Factores sociales observados							
Familiares	Laborales	Económicos	Legales	Hábitat / Vivienda	Sexuales	Soledad	Contactos sociales (amigos, vecinos...)
SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
SÍ (posible explicación)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ (posible explicación)	NO
SÍ (de pareja)	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ

Factores sociales observados				
Estilo de vida	Proyecto vital	Acontecimientos vitales estresantes (AVE)	Estigma/ riesgo de	Habilidades sociales
NO	NO	SÍ (factores estresantes en el trabajo)	SÍ (compañeros consumidores)	SÍ (habilidades de afrontamiento ineficaces/poca o ninguna confianza en sus habilidades)
NO	NO	SÍ	SÍ (mujeres/infravaloración de prevalencia)	SI (negativas-posible explicación/médicas-pasantías autoimposición mayor presión adicional)
NO	NO	SÍ (crisis laboral/muerte amigo o familiar/ estrés laboral y familiar)	SÍ (infravaloración de prevalencia/ mujeres/estigma significativo)	SÍ (poca formación/mujeres mayor presión adicional)



Historia social (consultada)	Problemas de salud	Análisis por especialidades médicas	Otros profesionales no sanitarios	Autopsia psicológica	Autopsia social	Autopsia psicosocial	Estrategias preventivas de corte psicosocial
NO	SÍ (trastornos del estado de ánimo, problemas de salud, abuso de alcohol y otras drogas)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ
NO	SÍ (estrés, depresión)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ (medidas para la reducción del estrés laboral)
SÍ	SÍ (abuso de drogas y patología mental)	SÍ	SÍ (maestros, matarifes, cazadores, policías, teólogos, personas sin empleo)	SÍ	NO	NO	SÍ (autogestión de horarios y carga de trabajo, posibilidad de discutir situaciones estresantes, apoyo entorno laboral ante crisis...)

* No todos los estudios incluyen «N». El resultado es la suma de los que sí disponen este dato. Por tanto, en realidad, la suma total siempre será superior.

Se detectaron, inicialmente, 13 factores sociales a observar: familiares, laborales, económicos, legales, hábitat/vivienda, sexuales, soledad, contactos sociales (amigos, vecinos, etc.), estilo de vida, proyecto vital, acontecimientos vitales estresantes (AVE), estigma y habilidades sociales. Sin embargo, los hallazgos resultantes de análisis pormenorizados (mediante revisiones inversas) a los que se hacen referencia en la discusión, llevaron a considerar un área más definida como *Otros sin especificar*. La consideración de dichos factores obedece a que se trata de variables sociales habituales a considerar en la evaluación social en la práctica clínica.

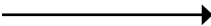
Más de 871.940 personas, profesionales sanitarios/as, incluidos en los 3 estudios seleccionados integran la totalidad de la muestra de esta revisión de revisiones sistemática. La profesión médica, en diferentes especialidades, es la única figura sanitaria presente en los tres estudios de revisión. En uno de éstos, hubo comparativa con profesionales no sanitarios/as.

La revisión llevada a cabo por Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) y sus colaboradores/as, detecta factores sociales en 10 áreas; la de Frédéric Dutheil (Dutheil *et al.*, 2019) y su equipo en 6; y 9 factores sociales observa Miriam Cano Langreo (Cano Langreo *et al.*, 2014) y sus colaboradores/as. Cabe matizar que los factores sociales señalados en la revisión del equipo de Frédéric Dutheil se abordaron en la discusión de su revisión.

La Tabla 2 recoge los estudios referenciados de suicidios consumados —además de otras conductas suicidas— y de factores sociales por áreas.

Tabla 2. Estudios referenciados de factores sociales

Autores	Año	Estudios Seleccionados	Trabajador sanitario
Joao Vitor da Silva Rodrigues, Jose E. Guimaraes Peerira, Luisa Almeida Passarelli, Gabrielle MGB Guatura y Regina El Dib. [European Journal of Anaesthesiology 2021;38:715-734]	2021	39	"Profesional de salud proveedor de anestesia. Profesionales de salud no proveedores de anestesia: médicos, residentes y/o enfermeros asociados con otras especialidades médicas: pediatría, cirugía, psiquiatría y medicina familiar."
Frédéric Dutheil, Claire Aubert, Bruno Pereira, Michael Dambrun, Fares Moustafa, Martial Mermillod, Julien S. Baker, Marion Trousselard, François-Xavier Lesage, Valentin Navel. [Plos One, 2019 Dec 12;14(12)]	2019	65	Médicos
"M. Cano-Langreo, S. Cicirello-Salas, A. López-López, M. Aguilar-Vela [Med y Segur Trab (Internet) 2014;60 (234) 198-218]"	2014	20	Anestesiistas, psiquiatras, médicos de familia, dentistas, personal de enfermería, farmacéuticos y residentes quirúrgicos.



LEYENDA Negro: Estudios que informan factores sociales y suicidios. Azul: Estudios que informan factores sociales y otras conductas suicidas. Rojo: Estudios que informan factores sociales y no conductas suicidas Verde: Estudios que refieren posibles explicaciones sociales	Factores sociales (estudios referenciados)					
	Familiares	Laborales	Económicos	Legales	Hábitat / Vivienda	Sexuales
	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	NO	NO
	NO	1(46)	NO	1(46)	NO	NO
	2 (44, 51)	6 (32, 33, 46, 49, 51, 53)	NO	3(46, 51, 53)	NO	1 (44)
	NO	2 (96, 97)	NO	NO	NO	NO
	3 (122, 135, 136)	6 (18, 121,122, 123, 135,136)	NO	NO	NO	NO
	1 (18)	2 (18, 20)	1 (12)	1 (12)	NO	NO
	1(23)	3 (24, 25, 29)	NO	NO	NO	NO
Total estudios con factores sociales (por áreas)	10	28	4	8	0	1
Estudios con factores sociales y suicidios/ Total estudios con factores sociales					0/0	0/1
Total estudios con suicidios (por áreas)	4	7	4	4	0	0

Factores sociales (estudios referenciados)							Otros sin especificar
Soledad	Contactos sociales (amigos, vecinos...)	Estilo de vida	Proyecto vital	Acontecimientos vitales estresantes (AVE)	Estigma/ riesgo de	Habilidades sociales	
NO	NO	NO	NO	1 (34)	1 (30)	1 (30)	NO
NO	NO	NO	NO	1(46)	NO	NO	NO
NO	1 (44)	NO	NO	NO	1(49)	1(32)	1 (46 -problemas de la vida)
NO	NO	NO	NO	NO	1 (7)	NO	NO
1 (122)	NO	NO	NO	2 (11,16)	NO	3 (89, 90, 91)	NO
NO	2 (12, 18)	NO	NO	2 (19, 20)	3 (12, 13, 20)	NO	NO
NO	NO	NO	NO	1(26)	NO	NO	5 (23-bajo apoyo social y 22, 27, 28, 29-burnout)
1	3	0	0	7	6	5	6
0/1		0/0	0/0				0/6
0	2	0	0	3	5	1	0

Los tres estudios de revisión seleccionados reportan factores negativos en el ámbito familiar y laboral, así como estigma o riesgo del mismo, acontecimientos vitales estresantes (AVE) y habilidades sociales negativas o ineficaces. Las referencias a aspectos económico-financieros, contactos sociales (con vecinos, amigos, etc.), factores legales y otras circunstancias sociales sin especificar, han sido consignadas en dos de las revisiones (Cano Langreo *et al.*, 2014; Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021). Las referencias a aspectos sexuales se recogen en una (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021), al igual que la soledad (Dutheil *et al.*, 2019). Ninguno de los tres estudios documenta información sobre hábitat-vivienda, estilo de vida y proyecto vital.

Inicialmente, ninguna de las tres revisiones refiere consulta a la historia social para recabar información. Sin embargo, un análisis pormenorizado constata consulta de dicho historial en un estudio de una de las revisiones (Austin *et al.*, 2013).

Todos los estudios apuntan problemas de salud en los casos de suicidio estudiados, generalmente vinculadas a trastornos del estado de ánimo y abuso de alcohol y otras drogas (Cano Langreo *et al.*, 2014; Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021; Dutheil *et al.*, 2019).

Al igual que sucedió con la utilización de la historia social, un análisis más detallado hace referencia, en dos estudios de una de las tres revisiones (Gagné *et al.*, 2011; Kölves y De Leo, 2013), al uso de la *autopsia psicológica*. Por el contrario, no hay constancia de la utilización de procedimientos de *autopsia social* o *psicosocial* en ninguna revisión. Por último, las tres revisiones hacen referencia a estrategias preventivas de corte psicosocial en la prevención del suicidio.

4. DISCUSIÓN

La revisión de 39 estudios llevada a cabo por Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) y sus colaboradores/as identificó como parte de sus resultados, tres factores de riesgo para el abuso de sustancias y los resultados adversos (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021): la salud, el contexto laboral y *hogar estresante* referenciados en ocho de sus estudios (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; Hamza y Bryson, 2011; Lutsky *et al.*, 1994; McDonnell *et al.*, 2013; Paisano-Cuautle *et al.*, 1988; Ward *et al.*, 1983) sobreentendiéndose, también, la muerte como un resultado adverso al margen de la causa. Así pues, constata la presencia de dos factores sociales implicados: laboral y familiar. Sin embargo, al contrastar esa información con la tabla de características de los resultados evaluados de los 39 estudios, se observó que en dos (Hamza y Bryson, 2011; Lutsky *et al.*, 1994) de esos ocho estudios señalados no había referencia de carácter social. Esto, unido a la existencia de *problemas ambientales* en seis estudios (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Boulis *et al.*, 2015; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; McDonnell *et al.*, 2013; Palhares Alves *et al.*, 2012) de la revisión y tratarse de un término cuya naturaleza causal puede ser debida a cuatro factores, entre ellos *psicosocial* y *sociocultural* (Salleras Sanmartín, L., 1985) y, por tanto, vinculado a nuestro estudio, se decidió un análisis más pormenorizado de cada uno de los estudios referenciados intuyendo la existencia de información social *oculta* tras ese término. Si bien el análisis de los estudios con problemas ambientales no aportó, como tal, resultados de orden psicosocial y sociocultural, sí 5 de ellos comparten con problemática social (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; McDonnell *et al.*, 2013; Palhares Alves *et al.*, 2012). El resultado final ha sido el hallazgo de más problemas sociales o, si se prefiere, más matizados, a los inicialmente constatados en la tabla de características y como *entorno laboral* y *hogar estresante* (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) anteriormente referido.

Así pues, de los 39 estudios revisados por el equipo de Joao Vitor da Silva, 7 informan de suicidios consumados (Alexander *et al.*, 2000; Berry, C. B. *et al.*, 2000; Collins *et al.*, 2005; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; Shang *et al.*, 2011; Skipper *et al.*, 2009) y de estos, 3 documentan problemas sociales (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); problemas en el contexto familiar: *problemas maritales* (Berry, C. B. *et al.*, 2000), *problemas familiares* (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry *et al.*, 2015, p. 113) y *dificultades familiares* (Fry, 2005, p. 3); *problemas legales* (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005, p. 3; Fry *et al.*, 2015); problemas de orden económico-financiero (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); problemas en el entorno laboral (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); de habilidades sociales: *la poca o ninguna confianza en sus habilidades* (Berry, C. B. *et al.*, 2000); y *estigma* (Berry, C. B. *et al.*, 2000) hacia los/as profesionales con problemas por el mal uso de sustancias.

De los 32 estudios restantes, 7 registran también problemas sociales (Boulis *et al.*, 2015; Bozimowski *et al.*, 2014; Lutsky *et al.*, 1994; McDonnell *et al.*, 2013; Niel M *et al.*, 2008; Palhares Alves *et al.*, 2012; Ward *et al.*, 1983): problemas en el contexto laboral-profesional (Boulis *et al.*, 2015; Bozimowski *et al.*, 2014; McDonnell *et al.*, 2013; Niel, M. *et al.*, 2008; Palhares Alves *et al.*, 2012; Ward *et al.*, 1983); en el escenario familiar: *problemas maritales* (Lutsky *et al.*, 1994) y *conflictos matrimoniales* (Palhares Alves *et al.*, 2012); *interpersonales* (Lutsky *et al.*, 1994); legales: *asuntos médicos-legales* (McDonnell *et al.*, 2013), *cuestiones ético-jurídicas* (Palhares Alves *et al.*, 2012) y *libertad condicional* (Ward *et al.*, 1983); *sexuales* (Lutsky *et al.*, 1994); *estigma* (Niel, M. *et al.*, 2008); *habilidades de afrontamiento ineficaces* (Bozimowski *et al.*, 2014); además de *problemas de la vida* (McDonnell *et al.*, 2013).

Aunque no forma parte de nuestro estudio, la revisión del equipo de Da Silva informa de 4 estudios que refieren intento-ideación autolítica y 1 de ellos contiene información social (McDonnell *et al.*, 2013).

Resumiendo, la revisión llevada a cabo por el equipo liderado por Joao Vitor da Silva Rodrigues se centra en el riesgo de mortalidad por todas las causas, incluido los suicidios, en profesionales sanitarios/as, mediatizada por el consumo de sustancias. De ahí deriva que el grueso de la información aportada se centra ampliamente en la descripción y tipo de exposición a anestésicos y no anestésicos, así como en el posible abuso de drogas. El 82% de los 39 estudios que integran la revisión, no informan de muertes por suicidio. Por lo que respecta a la información de carácter social, solo 10 estudios (25,64%) del total de la revisión refieren problemas en esa área; y, como se ha comentado anteriormente, solo 3 de los estudios que informan de muerte por suicidio reportan problemática social. Es decir, menos de la cuarta parte (23,07%) de los 39 estudios revisados reportan, simultáneamente, muertes por suicidio y problemas sociales. Por tanto, los/as médicos/as que se suicidaron no tendrían por qué tener más problemas sociales.-

La revisión de 65 estudios llevada a cabo por Frédéric Dutheil y su equipo se centra en el alto riesgo de suicidio en las profesiones sanitarias fundamentado en que, «Sin embargo, los datos son contradictorios y no se hicieron comparaciones entre género, ocupación y especialidades, épocas» (Dutheil *et al.*, 2019, p. 1). Solo considera las publicaciones referidas a médicos/as (55 estudios), al valorar que del resto de sanitarios/as hay pocos estudios explotables. De ellos, 47 se centran en muerte por suicidio, 5 en intentos y 7 sobre ideación. Si ya solo hay 10 estudios de personal sanitario no médico, estos no ha sido posible analizarlos por falta de datos. Hubiera sido deseable haber podido contar con información acerca de «[...] farmacéuticos, cirujanos

dentales, parteras, cuidadores y mucamas de hospitales» (Dutheil et al., 2019, p. 20), como era la intención inicial del equipo investigador liderado por Frédéric Dutheil. Aunque no se plantean, *a priori*, variables de estudio sobre información social, sin embargo, en la discusión refiere haber demostrado *desigualdad en la satisfacción laboral entre los médicos en muchos países*. (Dutheil et al., 2019), así como *una pobre integración del estatus de las mujeres médicas dentro de la profesión* (Dutheil et al., 2019) argumentada, posiblemente, *por la tensión adicional que se les impone debido a sus roles sociales* (Dutheil et al., 2019). A su vez, aporta posibles explicaciones sociales al objetivo de la revisión: *el entorno laboral psicosocial* (Dutheil et al., 2019), *enfrentar rutinariamente las malas noticias* (Dutheil et al., 2019), *el perfeccionismo, la atención compulsiva a los detalles, el sentido del deber exagerado...* (Dutheil et al., 2019), *una gran carga de trabajo, una carga organizativa con poca autonomía y conflictos con los compañeros* (Dutheil et al., 2019), *experiencias estresantes y traumáticas* (Dutheil et al., 2019), *soledad moral, trabajo que interfiere con la vida familiar, interrupciones constantes tanto en el hogar como en el trabajo, baja satisfacción laboral y mala salud mental* (Dutheil et al., 2019). También, a pesar de señalar la escasa relevancia de información sobre personal no médico, la discusión desliza un breve *dato social* sobre las enfermeras: *conflictos del equipo, gran carga de trabajo, falta de autonomía y conflictos trabajo-familia* (Dutheil et al., 2019).

En definitiva, la revisión del equipo de Frédéric Dutheil demuestra, de una parte, la insatisfacción laboral del colectivo médico y el riesgo de estigma en las médicas, como factores de riesgo de suicidio desde tres estudios; y, de otra, aporta múltiples posibles explicaciones sociales de por qué los hombres y mujeres profesionales de la Medicina llegarían a suicidarse, hacer tentativas o tener ideas suicidas.

La revisión de 20 estudios llevada a cabo por Miriam Cano Langreo y su equipo reporta 12 que hacen referencia a suicidio consumado; y de estos, inicialmente, solo 3 informan compromiso en el área social: *problemas laborales* (Gold et al., 2013; Kölves y De Leo, 2013) y *muerte de un familiar o amigo* (Gold et al., 2013). Sin embargo, al igual que sucedió con el análisis del estudio de Joao Vitor da Silva y su equipo, se decidió un análisis más pormenorizado de 9 de los 12 estudios que refieren suicidio (Agerbo et al., 2007; Austin et al., 2013; Gagné et al., 2011; Gold et al., 2013; Hem et al., 2005; Kölves y De Leo, 2013; Petersen y Burnett, 2008; Schernhammer y Colditz, 2004; Shang et al., 2011), obviándose el resto por centrarse en métodos suicidas y tasas ocupacionales, de edad y sexo en diferentes grupos poblacionales. Una vez más, el resultado ha sido el hallazgo de más problemática social a la inicialmente mostrada: *estrés laboral y familiar* (Austin et al., 2013), *estigma o riesgo de* (Gagné et al., 2011; Gold et al., 2013; Hem et al., 2005), *problemas financieros* (Gagné et al., 2011), *problemas legales* (Gagné et al., 2011), problemas de relación con los demás (Gagné et al., 2011; Kölves y De Leo, 2013) resp. y *problemas de pareja* (Kölves y De Leo, 2013). Resulta, por tanto, que son 5 los estudios de suicidios consumados que informan de problemas sociales.

A su vez, es en dos artículos australianos de esta revisión del equipo de Miriam Cano donde se demuestra, claramente, la influencia de los problemas sociales en los suicidios médicos: «La depresión grave y el estrés laboral y familiar también fueron asociados a estas muertes [suicidios]» (Austin et al., 2013, p. S92); «Los problemas ocupacionales han sido señalados como desencadenantes importantes del suicidio en médicos» (Kölves y De Leo, 2013, p. 989). A su vez, uno de ellos (Austin et al., 2013) consideró *los historiales clínicos, sociales y familiares* (Austin et al., 2013) como fuente de información; y el otro (Kölves y De Leo, 2013) —junto con una publicación canadiense (Gagné et al., 2011)— refieren la autopsia psicológica como método útil para conocer los

factores de riesgo y de protección (Kölves y De Leo, 2013) así como los factores determinantes que potencialmente contribuyen al suicidio (Gagné *et al.*, 2011), a pesar de sus controversias metodológicas y la sola existencia de dos estudios de su uso en suicidios médicos, «[...] ambos con muestras pequeñas y sin ningún grupo de comparación (Hawton *et al.*, 2004; Lindeman *et al.*, 1998)» (Kölves y De Leo, 2013, p. 989). A este respecto, García Ormaza, muestra su inquietud por la *realidad sociológica del suicidio* (Muñoz, A., 2019) ya que «[...] hay muchas personas que no padecían un trastorno mental y lo que viven es una realidad difícil, plagada de problemas —sentimentales, económicos, legales, sociales— [...]» (Muñoz, A., 2019, p. 2). En esta línea, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida si bien admite que, «[...] la autopsia psicológica se considera el mejor método de estudio del suicidio consumado [...]» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 46) apunta sesgos en relación a los trastornos mentales que se constatan en ellas, entre otros motivos, por «[...] la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan [...]» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 46). Cristina Blanco, doctora en Ciencias Políticas y Sociología, considera que, «[...] falta investigación social (a pesar de las causas o desencadenantes sociales de muchos suicidios y de la estigmatización de los afectados) [...]» (Blanco, 2020, p. 98).

La revisión de Miriam Cano informa, además, de la *poca formación en conocimientos y habilidades psicosociales* (Cano Langreo *et al.*, 2014) de los/as profesionales sanitarios/as, considerando ser factores importantes en el cuidado de su salud mental para afrontar los retos de la práctica diaria. «Existe un consenso emergente de que algunos aspectos de la formación médica, las condiciones de trabajo y el apoyo son inaceptables» (Harvey, S. B. *et al.*, 2021, p. 927), es una de las conclusiones de un estudio de revisión. En este sentido, los/as trabajadores/as sociales, como expertos/as en habilidades psicosociales, pueden jugar un importante papel como promotores/as, formadores/as y supervisores/as en la materia mediante cursos, seminarios, sesiones clínicas, sesiones grupales y asesoramiento personal dirigidos a todo el personal sanitario.

Los 8 estudios restantes del equipo liderado por Cano Langreo se centraron, predominantemente, en la ideación suicida; 5 de estos informaron de factores sociales en el medio laboral: *Elevado estrés psicosocial en el trabajo* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *experiencias humillantes o acoso laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *conflicto de rol y falta de apoyo laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *experiencia humillante/acoso en el trabajo* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *conflictos laborales* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *acoso laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *autogestión de la carga laboral* (protector) (Cano Langreo *et al.*, 2014); además de *problemas familiares* (Cano Langreo *et al.*, 2014); *bajo apoyo social* (Cano Langreo *et al.*, 2014), y *burnout* (Cano Langreo *et al.*, 2014).

5. CONCLUSIONES

Se trata de tres publicaciones de revisiones relativamente recientes y cercanas en el tiempo entre ellas. Entre la más reciente (2021) y la primera (2014) no median entre ambas ni una década. Quizá sea pronto para sacar conclusiones, pero podría apuntar a una preocupación creciente por la conducta suicida en sus diversas manifestaciones dentro de los diferentes colectivos sanitarios destacando la problemática laboral asociada. Resulta preocupante que, solamente, tres revisiones hagan referencia a factores sociales y a la conducta suicida en personal sanitario. Desde esta realidad, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son los profesionales idóneos para proponer estudios de investigación en esta materia a los Servicios de Salud Laboral, Medicina

Preventiva y Unidades de Investigación de su entorno laboral, así como para tomar parte activa en su diseño, coordinación, desarrollo y evaluación. La detección de situaciones de riesgo sería una prioridad a estudiar.

El conjunto de las revisiones abarca un amplio y plural espectro de profesiones sanitarias, aunque con mayor profusión en especialidades médicas, que incluyen residentes/pasantes. Parece oportuno, aunque se trate de otro contexto geográfico, referir un estudio llevado a cabo en Australia y Nueva Zelanda entre 2003 y 2014, que informa del suicidio de 19 anestelistas en ese período. «Nueve eran hombres y diez mujeres. Significativamente, de las diez mujeres que se suicidaron, ocho (80%) eran aprendices y ocho (89%) de los hombres eran consultores» (Fry *et al.*, 2015, p. 114).

La dimensión de género parece muy preocupante. En dos de las tres revisiones (Dutheil *et al.*, 2019; Cano Langreo *et al.*, 2014) y en el análisis pormenorizado de alguno de los artículos (Austin *et al.*, 2013) se han encontrado varias referencias a la mayor exposición de las médicas al suicidio. Lo que se ha ratificado recientemente en otro estudio de revisión que proporciona evidencia adicional de la tendencia particular de las médicas a quitarse la vida (Harvey, S. B. *et al.*, 2021), a diferencia de lo que ocurre en población general. En esta línea, el estudio sobre las *Tasas de suicidio entre profesionales de la salud en Noruega 1980-2021* (Seljenes *et al.*, 2024) detalla que: «Un hallazgo novedoso de nuestro estudio es la elevada tasa de suicidio entre las psicólogas» (Seljenes *et al.*, 2024, p. 403); y que, «[...] las enfermeras de ambos sexos tuvieron tasas de suicidio más altas en comparación con otros graduados» (Seljenes *et al.*, 2024, p. 403). La referencia a las enfermeras está en consonancia con otro estudio longitudinal publicado en 2022 y que se llevó a cabo en Suecia por el equipo de Santander, N. M., así como con la revisión de Groves y sus colaboradores/as publicada en 2023 (Seljenes *et al.*, 2024).

La referencia a factores sociales es mucho más destacada en aspectos negativos (problemas, insatisfacciones, dificultades, situaciones estresantes, conflictos, etc.). Solo las aportaciones concretas sobre *estrategias preventivas de corte psicosocial* dan un valor positivo, incluso esperanzador, al conjunto de los tres estudios.

La diversidad de problemática social y las conductas suicidas están presentes en las tres revisiones sin que por ello se demuestre, en prácticamente su totalidad, una asociación evidente entre ambos; además, refieren posible riesgo de suicidio ante la existencia de circunstancias sociales negativas. De ahí que sea necesario disponer de información social objetiva de las personas que mueren por suicidio y, también, de las implicadas en otras conductas autolíticas.

Los problemas en las áreas familiar, laboral, estigma, habilidades sociales y acontecimientos vitales estresantes se encuentran en todas las revisiones analizadas. La profusión de problemas en el ámbito laboral despunta, con muy marcada diferencia, respecto del resto de áreas de problemática social; máxime, si cabe, al quedar apuntalados con referencias a *burnout*. Por el contrario, no hay ninguna información acerca del hábitat-vivienda, estilo de vida y proyecto vital de los/as sanitarios/as.

Es evidente, por tanto, la presencia de factores sociales negativos que podrían estar muy estrechamente vinculados con la decisión suicida. Sin embargo, aunque son muy escasas, existen publicaciones que exponen con determinación la implicación directa de problemas sociales en la muerte por suicidio.

A su vez, la autopsia psicológica se revela, de una parte, como útil —aún con las limitaciones consideradas— para conocer factores de riesgo, de protección y determinantes; y, de otra, se observa una especie de *queja-reproche* en su utilización por no aportar información acerca de los posibles aspectos sociales de la persona muerta por suicidio en el momento y hasta meses antes. Ejemplos son, como se ha señalado en la introducción, la revisión de 76 informes de autopsia psicológica, llevada a cabo por Cavanagh y su equipo (Cavanagh *et al.*, 2003) y el estudio con autopsias psicológicas llevado a cabo en nuestro medio entre 2013 y 2015 por el equipo de Naudó-Molist (Naudó-Molist *et al.*, 2017), de las personas que se quitan la vida.

La autopsia social ha sido un método utilizado, especialmente, en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) que trabajan con diversidad de herramientas y marcos analíticos con el fin de identificar el impacto de factores sociales, culturales y de comportamiento como contribuyentes en la mortalidad materna, neonatal e infantil. Esta es la conclusión de una revisión sistemática de la literatura sobre el tema llevada a cabo en 11 países entre 2005 y 2016 con el objetivo de «[...] identificar los instrumentos de autopsia social más comunes, describir los hallazgos generales en las poblaciones y la geografía, e identificar las brechas en la literatura existente sobre autopsias sociales» (Moyer *et al.*, 2017, p. 1). Pero también hay evidencias de autopsia social en otros eventos fatales y contextos: feminicidios (Gómez Aguilar, M. C., 2021), homicidios (Sánchez Arenas, J., 2016) y catástrofes (la ola de calor en Chicago en julio de 1995) (Klinenberg, E., 2002), por ejemplo.

Como conclusión, se precisa más evidencia acerca de los problemas sociales presentes y recientes en las personas que se suicidan, en este caso concreto, en los/as profesionales sanitarios/as. El conocimiento científico de los diversos factores sociales implicados (familiares, laborales, económicos, legales, acontecimientos vitales estresantes, estigmas, profesionales, educativos, sexuales, hábitat-vivienda, proyecto de vida, competencias personales, etc.) en una persona suicida es posible mediante la aplicación de una autopsia social. Destacan la importancia de los factores estresantes laborales en todos los estudios revisados y esta debería ser una línea de investigación en el futuro dada la relevancia del tema. Los/las trabajadores/as sociales jugarían un papel fundamental en este tipo de estudios desde su diseño hasta su evaluación.

No obstante, vista la necesidad apuntada desde los informes de autopsia psicológica de estudiar con profusión las variables sociales vinculadas al suicidio, la autopsia social y la psicológica pueden complementarse y, quizá, pueda ser más factible hablar de autopsia psicosocial, siempre en un trabajo de equipo multidisciplinar con la participación necesaria en él de profesionales del Trabajo Social, como expertos/as de *lo social*. A su vez, la autopsia social que incluye específicamente situaciones y factores en el ámbito laboral, no puede entenderse de otra manera sino como parte de un estudio clínico o forense integral.

Desde esta perspectiva, sería interesante que se llevaran a cabo en el contexto sanitario, estudios que permitieran un mayor conocimiento de la problemática social que afecta a los/as diferentes profesionales sanitarios/as.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Bo Mortensen, P., y Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37(8), 1131-1140. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000487>
- Alexander, B. H., Checkoway, H., Nagahama, S. I., y Domino, K. B. (2000). Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 93(4), 922-930. <https://doi.org/10.1097/00000542-200010000-00008>
- Arricivita-Amo, Á. L., Lorente-Aznar, T., Rodríguez-Torrente, M., Mejía-Escolano, D., Bernabé-Carlos, M., Charte-Alegre, E. M. et al. (2016). Los componentes psicosociales de las urgencias sanitarias. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2, 38-45.
- Arricivita-Amo, Á. L., y Pérez-Sales, P. (2005). La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.
- Arricivita-Amo, Á. L., Saz, P., y Lobo, A. (1993). Malestar psíquico y problemática social en pacientes de Atención Primaria. Detección e interacciones. *Trabajo Social y Salud*, 15, 157-179.
- Austin, A. E., Van den Heuvel, C., y Byard, R. W. (2013). Physician Suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 58 (suppl. 1), 29-31. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2012.02260.x>
- Berry, C. B., Crome, I. B., Plant, M., y Plant, M. (2000). Substance misuse amongst anaesthetists. *Anaesthesia*, 55(10), 946-952. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2000.01765.x>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
- Bozimowski, G., Groh, C., Rouen, P., y Dosch, M. (2014). The prevalence and patterns of substance abuse among nurse anesthesia students. *AANA Journal*, 82(4), 277-283.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., y Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Collins, G. B., McAllister, M. S., Jensen, M., y Gooden, T. A. (2005). Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: Results of a survey. *Anesthesia and Analgesia*, 101(5), 1457-1462. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000180837.78169.04>
- Da Silva Rodrigues, J. V., Guimaraes Pereira, J. E., Almeida Passarelli, L., MGB Guatura, G., y El Dib R. (2021). Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Journal of Anaesthesiology*, 38(7), 715-734. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001447>
- Dalum, H. S., Hem, E., Ekeberg, Ø., Reneflot, A., Stene-Larsen, K., y Hauge, L. J. (2024). Suicide rates among health-care professionals in Norway 1980-2021. *Journal of Affective Disorders*, 355 (march 2024), 399-405. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.128>

- Davidson, J. E., Proudfoot, J., Lee, K., Terterian, G., y Zisook, S. (2020). A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005-2016) With Recommendations for Action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12419>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. X., y Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Fry, R. A. (2005). Substance abuse by anaesthetists in Australia and New Zealand. *Anaesthesia and Intensive Care*, 33(2), 248-255. <https://doi.org/10.1177/0310057x0503300216>
- Fry, R. A., Fry, L. E., y Castanelli, D. J. (2015). A retrospective survey of substance abuse in anaesthetists in Australia and New Zealand from 2004 to 2013. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(1), 111-117. <https://doi.org/10.1177/0310057x1504300117>
- Gagné, P., Moamai, J., y Bourget, D. (2011). Psychopathology and suicide among quebec physicians: A nested case control study. *Depression Research and Treatment*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2011/936327>
- Gold, K. J., Sen, A., & Shewnk, T. L. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005>
- Gómez Aguilar, M. C. (2021). *Peritaje de Autopsia Social*. Academia Forense.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Hamza, H., y Bryson, E. O. (2011). Exposure of anesthesia providers in recovery from substance abuse to potential triggering agents. *Journal of Clinical Anesthesia*, 23(7), 552-557. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2011.03.002>
- Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., y Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), 920-930. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8)
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglum, P., y Ekeberg, Ø. (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychological Medicine*, 35(6), 873-880. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003344>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). INE. Notas de Prensa. Defunciones según la causa de muerte. In *Instituto Nacional de Estadística*. Instituto Nacional de Estadística.

- Kölves, K., y De Leo, D. (2013). Suicide in medical doctors and nurses: An analysis of the Queensland suicide register. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 987-990. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000047>
- Lutsky, I., Hopwood, M., Abram, S. E., Cerletty, J. M., Hoffman, R. G., y Kampine, J. P. (1994). Use of psychoactive substances in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 41(7), 561-567. <https://doi.org/10.1007/BF03009992>
- Mateos A, y García M. (2021). *Consulta específica y formación desde el Grado contra los suicidios MIR*. Redacción Médica.Com. Consulta específica y formación desde el Grado contra los suicidios MIR.
- McDonnell, N. J., Kaye, R. M., Hood, S., Shrivastava, P., y Khursandi, D. C. S. (2013). Mental health and welfare in Australian anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 41(5), 641-647. <https://doi.org/10.1177/0310057x1304100510>
- Mingote Adán, J. C., Crespo Hervás, D., Hernández Álvarez, M., Navío, M., y Rodrigo García-Pando, C. (2013). Prevención del Suicidio en Médicos. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 59(231), 176-204. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&i-d=16/07/2013-692b950334>
- Moyer, C. A., Johnson, C., Kaselitz, E., y Aborigo, R. (2017). Using social autopsy to understand maternal, newborn, and child mortality in low-resource settings: a systematic review of the literature. *Global Health Action*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1413917>
- Muñoz A. (2019). Jon García Ormaza: «El suicidio se puede prevenir si conozco cuáles son los factores de riesgo». *La Diaria*, 1-6. http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Jon_Garcia_Ormaza_El_suicidio_se_puede_prevenir_si_conozco_cuales_son_los_factores_de_riesgo_la_diaria.pdf
- Naudó-Molist, J., Arrufat Nebot, F. X., Sala Matavera, I., Milà Villaroel, R., Briones-Buixassa, L., y Jiménez Nuño, J. (2017). Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *Revista Espanola de Medicina Legal*, 43(4), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.05.004>
- Niel, M., Juliao, A. M., Martin, D., y Da Silveira Filho, D. X. (2008). Drug use among anesthesiologists in the context of working relations. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 21, 194-200.
- Organización Médica Colegial (2019). Mortalidad en la Profesión Médica. Período 2005-2014. En *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. <https://www.cgcom.es/informes/estudio-de-mortalidad-en-la-profesion-medica-2005-2014>

- Paisano-Cuautle, R., Zúñiga-Oceguera, V., y Pérez-Tamayo, L. (1988). Farmacodependencia entre anesthesiólogos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 11(1), 59-45.
- Palhares Alves, H. N., Vieira, D. L., Laranjeira, R. R., Vieira, J. E., y Nogueira Martins, L. A. (2012). Clinical and Demographic Profile of Anesthesiologists Using Alcohol and Other Drugs under Treatment in a Pioneering Program in Brazil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(3), 356-364. [https://doi.org/10.1016/S0034-7094\(12\)70136-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7094(12)70136-8)
- Parrotta, A. C. (2021). *Claudio Robles: Perspectivas actuales sobre Trabajo Social Forense en Argentina - Psicosocial & Emergencias*. Psicosocial y Emergencias. <https://www.psicosocialyemergencias.com/claudio-robles-perspectivas-actuales-sobre-trabajo-social-forense-en-argentina/>
- Petersen, M. R., y Burnett, C. A. (2008). The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occupational Medicine*, 58(1), 25-29. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm117>
- Pilossoff-Gelb, S., Mower, W. R., Ajalo, I., y Yang, S. C. (1997). Psychosocial difficulties and emergency department use. *Academic Emergency Medicine*, 4(6), 589-592. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03583.x>
- RAE (2023). *Autopsia*. Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. <https://dpej.rae.es/lema/autopsia>
- Redacción Médica (2021). *Conmoción por el suicidio de un MIR: «nadie fue capaz de ver su tristeza»*. Redacción Médica.Com. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/conmocion-por-el-suicidio-de-un-mir-nadie-fue-capaz-de-ver-su-tristeza--2888>
- Ruiz Rodríguez, P. (2013). La autopsia social y estudios sociales post-mortem. En *El trabajador social forense en los tribunales españoles* (pp. 169-172). Colegio Oficial de Diplomados y Diplomadas en Trabajo Social y AA.SS. de Málaga.
- Salleras Sanmartín, L. (1985). La salud y sus determinantes. In *Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones* (pp. 11-28). Díaz de Santos.
- Sánchez Arenas, J. (2016). Autopsia Social como Técnica Pericial Forense Post Mortem. In *El trabajo social en el ámbito judicial* (pp. 155-174). Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. https://www.comtrabajosocial.com/wp-content/uploads/2022/05/TS_ambito_judicial.pdf
- Schernhammer, E. S., y Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Shang, T. F., Chen, P. C., y Wang, J. D. (2011). Mortality of doctors in Taiwan. *Occupational Medicine*, 61(1), 29-32. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq159>

- Skipper, G. E., Campbell, M. D., y DuPont, R. L. (2009). Anesthesiologists with substance use disorders: A 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesthesia and Analgesia*, 109(3), 891-896. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181adc39d>
- Ward, C. F., Ward, G. C., y Saidman, L. J. (1983). Drug Abuse in Anesthesia Training Programs: A Survey: 1970 Through 1980. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 250(7), 922-925. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340070028021>
- WHO, y OPS (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. En *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Pan American Health Organization; Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide. En *Who*. World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. World Health Organization. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates* WHO (ed.).

ENFERMEDADES RARAS Y SU IMPACTO EN RELACIÓN CON EL ÁMBITO LABORAL

RARE DISEASES AND THEIR IMPACT IN RELATION TO THE WORK SPHERE

Daria Munteanu
Universidad de Murcia.

Elvira Medina Ruiz
Universidad de Murcia - Facultad de Trabajo Social, Campus de Espinardo.

Resumen: Esta investigación pretende examinar cómo perciben las personas con una enfermedad rara su paso por el mundo laboral, ya que se trata de un colectivo que, por sus características, es susceptible de sufrir situaciones de exclusión laboral y vulnerabilidad económica. Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico a través del cual se han realizado ocho entrevistas semiestructuradas a personas en edad laboral afectadas por una enfermedad rara con la intención de recopilar sus experiencias en relación con el ámbito del empleo. Entre los hallazgos podemos destacar las limitaciones funcionales generadas por la enfermedad rara que dificultan o imposibilitan el desarrollo de una actividad laboral, lo cual tiene un impacto negativo sobre la situación económica de la persona y en consecuencia sobre su calidad de vida y su salud.

Palabras Clave: Enfermedades raras, empleo, inserción laboral, estudio fenomenológico, discriminación laboral.

Abstract: This research aims to examine how people with a rare disease perceive their passage through the professional world, since this is a group that, due to its characteristics, is susceptible to situations of labour exclusion and economic vulnerability. This is a phenomenological qualitative study through which 8 semi-structured interviews have been conducted with people of working age affected by a rare disease, with the intention of collecting their experiences in relation to employment. Among our findings we can highlight the functional limitations generated by the rare disease that make it difficult or even impossible to carry out a work activity, which has a negative impact on the economic situation of the person and consequently on their quality of life and health.

Keywords: Rare diseases, employment, job placement, phenomenological study, employment discrimination.

Referencia normalizada: Munteanu, D. y Medina Ruiz, E. (2025). Enfermedades raras y su impacto en relación con el ámbito laboral. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-14. Doi: 10.12960/TSH.2025.0010

Correspondencia: Elvira Medina Ruiz. Email: emedinaruiz@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de Enfermedades Raras surge por primera vez en Estados Unidos en la década de los 80 como «Rare Diseases» (Seco y Ruiz, 2016). Se trata de un concepto basado en criterios de prevalencia y gravedad, de manera en que estas patologías se caracterizan por tener una alta tasa de mortalidad y una baja prevalencia (Posada *et al.*, 2008). La Comisión Europea establece que la cifra de prevalencia debe estar por debajo de los 5 casos por cada 10.000 habitantes. Las enfermedades raras son, en muchos casos, crónicas, progresivas, discapacitantes e impactan múltiples áreas de la vida de los afectados, por lo que es necesario ofrecer una atención integral que debe abordar no sólo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también los aspectos sociales, económicos, educativos y laborales de la persona, siendo fundamental la labor realizada desde el trabajo social.

Para el propósito del presente estudio nos centraremos en los efectos que tiene la presencia de este tipo de patologías sobre el área laboral. El «Estudio sobre Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España Datos 2016-2017» (en adelante, Estudio ENSERio) publicado por la Federación Española de Enfermedades Raras (en adelante, FEDER), muestra que este colectivo se enfrenta a mayores dificultades en el acceso y al empleo, con datos que indican que el 60,69% de los participantes en edad laboral declaran no tener empleo, teniendo una tasa de actividad del 58,46% y una tasa de paro del 23,84%. Si comparamos estas cifras con los datos de la Encuesta de Población Activa para ese mismo año (EPA, 2017), vemos que la tasa de paro para la población general es del 17,22%, es decir, aproximadamente 6 puntos inferior a la tasa de desempleo de las personas con enfermedades raras. Además, las necesidades de apoyo en el ámbito laboral de este colectivo no son siempre cubiertas por el centro de trabajo en el que se encuentran. Un 20,89% de las personas con enfermedades raras afirman necesitar algún tipo de asistencia personal en su puesto de trabajo, sin embargo, únicamente un 4,79% reciben este tipo de ayuda. También es importante destacar el porcentaje de personas con enfermedades raras que se han sentido discriminadas en el ámbito laboral, con un 28,68% que se han sentido discriminados en el acceso al empleo y un 32,36% que se han sentido discriminados en su puesto de trabajo. Por otro lado, a través del informe «Termómetro de necesidades de las personas con enfermedades poco frecuentes» (FEDER, 2018b), FEDER analiza las consultas recibidas en el Servicio de Información y Orientación a lo largo del año 2017 con la intención de poder identificar las principales necesidades del colectivo de personas con enfermedades raras. Este informe nos permite conocer que la principal área sobre la que se solicita asesoramiento jurídico es el área laboral con un peso del 36% de las consultas. Estos datos evidencian que existe una necesidad de defensa jurídica en materia laboral. Los profesionales encargados de prestar asesoramiento jurídico indican que el ámbito del Derecho laboral y/o de la Seguridad Social es el más consultado como consecuencia de las dificultades que presentan las personas afectadas por enfermedades raras en relación con el empleo.

Por todos estos factores, se considera de vital importancia el desarrollo de investigaciones que permitan alcanzar una mayor comprensión de la realidad a la que debe enfrentarse el colectivo de personas con enfermedades raras en relación con el ámbito laboral. Existen diversas investigaciones que estudian la situación de las personas con enfermedades raras desde una perspectiva cualitativa y hacen referencia al ámbito laboral; sin embargo, este no es el aspecto principal en el que se enfocan, por lo que no aportan un análisis en profundidad de las vivencias de este colectivo en relación al empleo. Ante esto, la presente investigación pretende visibilizar los relatos y vivencias de los participantes, con la intención de facilitar la prestación de una atención

adecuada y personalizada desde el trabajo social que tome en consideración la forma en la que las personas aportan significado a sus vivencias cuando se encuentran ante un evento que desestabiliza su proyecto vital (Trejo, 2012), como puede ser la aparición de una enfermedad rara.

2. METODOLOGÍA

2.1. Enfoque

La presente investigación se sitúa en un enfoque cualitativo con la intención de indagar sobre las experiencias de las personas afectadas por enfermedades raras en su interacción con el mundo laboral desde un paradigma fenomenológico, es decir, desde la perspectiva de los propios participantes. Se trata de un enfoque que parte de la subjetividad y utiliza *«las voces de los protagonistas sobre sus vivencias para mostrar el fenómeno estudiado»* (Palacios y Liria, 2010, p. 71). A su vez, estamos ante un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, ya que pretende investigar un fenómeno que ha sido poco estudiado y aspira a establecer una línea general sobre la que poder desarrollar futuras investigaciones.

2.2. Participantes

Para la selección de la muestra se emplea una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. La captación de participantes se ha llevado a cabo a través de la Asociación de Enfermedades Raras D'Genes, que ha facilitado el contacto con aquellos sujetos dispuestos a participar en este estudio tras haber sido informados sobre la temática de la investigación y el carácter voluntario y anónimo de su participación.

Tabla 1. Características generales de la muestra.

Participante	Sexo	Edad	Tipo de enfermedad (CIE-10)	Situación laboral	Ocupación
M01	Mujer	46	Enfermedades del sistema nervioso	Permiso retribuido	Trabajadora en comedor infantil
M02	Mujer	38	Enfermedades del sistema nervioso	Trabajando	Jurista (funcionaria)
M03	Mujer	48	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Desempleo	Administrativa
M04	Mujer	52	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Baja laboral médica	Profesora (funcionaria)
H01	Hombre	55	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Baja laboral médica	Operario de fábrica
H02	Hombre	26	Enfermedades del sistema nervioso	Trabajando	Producción de sustratos
H03	Hombre	63	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Desempleo	Administrativo
H04	Hombre	49	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Desempleo	Mecánico electrónico

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Análisis de datos

Para la obtención de los resultados se ha llevado a cabo un análisis de contenido de las transcripciones de las ocho entrevistas desde un enfoque fenomenológico basado en la propuesta de Giorgi Amedeo y Giorgi Barbro (2003) perteneciente a la rama descriptiva. La lectura profunda de las transcripciones ha permitido identificar una serie de unidades de significado que han sido clasificadas en áreas temáticas, las cuales han dado lugar a la creación de categorías y subcategorías que reflejan las experiencias y percepciones subjetivas de los participantes en relación con su paso por el mundo laboral.

3. RESULTADOS

Tabla 2. Categorías y subcategorías identificadas.

Categorías	Subcategorías
Experiencia laboral	Limitaciones funcionales
	Procesos de búsqueda de empleo, contratación y despido
Interacciones dentro del entorno laboral	Trato recibido por parte de compañeros y superiores
	Barreras y adaptaciones
Interacciones con el sistema de la Seguridad Social	Procesos de altas y bajas laborales
	Trato recibido por parte de los profesionales de la Seguridad Social

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Experiencia laboral

Los participantes que cuentan con una enfermedad rara congénita han planificado su futuro laboral teniendo en cuenta sus limitaciones funcionales por lo que han sido capaces de orientar su formación y su búsqueda de empleo a aquellas profesiones compatibles con las patologías que padecen, como es el caso de los siguientes participantes:

«Pues yo sabía ya ciertas cosas que seguramente no iba a poder hacer, com,o por ejemplo, un sitio donde tenga que estar levantando peso todo el día no [...] entonces, por ejemplo, descarté el tema del campo» (H02, 26 años).

Estos participantes perciben el reconocimiento de la situación de discapacidad como un factor relevante a la hora de acceder al mercado laboral y a un puesto de trabajo acorde con sus capacidades funcionales, llegando incluso a facilitar su aceptación dentro de la empresa:

«Yo la minusvalía al final la quería porque... pa decir coño puedo encontrar un trabajo y que sepan que, que es por una discapacidad que no es, por na, porque yo si voy sin minusvalía a algún sitio y me estás pidiendo que esté levantando un montón de kilos to los días yo estaría hecho polvo, que yo no podría ni moverme» (H02, 26 años).

«Yo hice las oposiciones en Madrid, tú tienes que decir si tienes discapacidad, porque como hay turno de discapacidad ¿no? Mandas tu certificado y ya está» (M02, 38 años).

«Al poco de contratarme la empresa dijo el patrón: uy uy uy uy este... tal y cual, y entonces existía una... existía... si una empresa contrataba a una persona con problemas como los míos, en la Seguridad Social lo pagaba parte el Estado y la otra parte lo pagaba la empresa y a su vez le daban un dinero de subvención a la empresa. Por ahí fue como ya me fueron aceptando» (H03, 63 años).

En el caso de aquellos participantes que padecen una enfermedad rara que se ha manifestado en la etapa adulta, su entrada al mercado de trabajo no se vio afectada por la patología, puesto que comenzaron su trayectoria laboral cuando esta no se encontraba presente. Sin embargo, la aparición de los síntomas supone una modificación considerable de su trayectoria laboral y expresan que les resulta imposible seguir desempeñando su trabajo pese a múltiples intentos de reincorporación. Ante esta situación, encontramos participantes en situación de desempleo tras haber negociado un despido con la empresa, en situación de baja laboral o que han obtenido un permiso retribuido:

«Entonces como llevo tanto tiempo ahí, pues como que tengo un permiso retribuido, tengo un permiso entre las vacaciones que me debían y tal, a ver lo que pasa ahora con el Tribunal». «Lo he intentado, porque como al año te dan de alta... pero yo nunca pude volver a incorporarme al trabajo porque... me tengo que volver a coger otra vez la baja y me tienen que dar días de empeoro, tengo que ir a urgencias, me tienen que pinchar para mejorar...» (M01, 46 años).

«Me levanté y fui a hablar con mi jefe, que mi jefe es un tío pfff... misógino, fatal, que a las mujeres nunca se dirigía a nosotras. Le dije que... que no me podía sentar en esa silla y... y quería que me firmaran un despido. Y entonces mi jefe me dijo que vale, que... que vale, que no me preocupara y entonces me despidieron como que había vuelto de una baja y me habían pillado chateando con una amiga. Eso es lo que pone en mi despido y... nada. Pero que ni me indemnizaron ni nada» (M03, 48 años).

«Volví a cogerme el alta... a intentarlo, pero no podía entonces pues... tuvimos que llegar a un acu... a un despido acordado. Del finiquito, que era bastante grande, que yo pues reconocía que ellos no tenían culpa, pero claro... con dos críos pequeños... pues un 30% del finiquito y al paro» (H04, 49 años).

Cabe señalar que también encontramos despidos acordados entre los participantes afectados por patologías congénitas. En este caso, el participante ha podido compaginar su patología con el desarrollo de una actividad laboral, sin embargo, el deterioro generado por la enfermedad rara que padece unido al deterioro que acompaña el proceso de envejecimiento, ha provocado que finalmente decida poner fin a su trayectoria laboral.

«A lo largo de los cuarenta años, ha habido períodos, episodios de más... pues pues fractura, tal y puff... Hasta que hay una situación de la edad que tengo, que ya claro...». «Entonces hablo con la empresa y digo... vamos a ver, ¿negociamos? Me dais una indemnización pequeña, me voy al paro, me queda este año y ahora, cuando llegue en diciembre que cumpla 64, me prejubiló, ganando 2.000 euros y pico ¿sabes?» (H03, 63 años).

3.2. Interacciones dentro del entorno laboral

La mayoría de los participantes comparten experiencias positivas, e incluso expresan que se han sentido apoyados en su entorno laboral.

«Muy bueno, un diez, para mí... tanto mi jefe, siempre se quedaron las puertas abiertas. [...] Para mí mis jefes un diez y... mis compañeros pues bien también» (H04, 49 años).

«En el trabajo yo... es que yo tengo la suerte que tengo en mi trabajo que he sido mimado, querido, arropado, buen salario» (H03, 63 años).

«Ha estado llamando la de recursos humanos a preguntar como estoy... llama, pero ya interesándose como personalmente, no... no por otra cosa» (H01, 55 años).

Sin embargo, también encontramos experiencias negativas. Dos participantes afirman haberse sentido juzgadas, e incluso presionadas por su entorno laboral para reincorporarse al puesto de trabajo. En ambos casos relatan que al tratarse de una patología que no se manifiesta de manera externa, su entorno pone en duda su incapacidad para trabajar.

«Yo nunca perdí ni un minuto para ir a médicos, todo lo recuperaba, pero aun así te miraban mal porque siempre estás yendo al médico. Tuve algunas bajas, de no soportar ya el dolor, entonces me hacían como un poco de "bullying", digamos. Mandaba el jefe a compañeros... venían a verme y empezaban es que... el jefe dice que te ven caminando por ahí. [...] Y yo entré en una angustia... que dije a mi marido... pa colmo de lo enferma que estoy, que yo me quiero morir de verdad, y que me estén a mí en el trabajo cuestionando si yo estoy bien o no estoy bien» (M03, 48 años).

«Aparento que estoy bien, pues los compañeros muchas veces que no entienden que tú... vamos, que te tratan como si fueras una sinvergüenza, una aprovechada» (M04, 52 años).

Otro aspecto relevante en relación con el propio entorno laboral es la adaptación del puesto de trabajo y la presencia de barreras que puedan reducir el nivel de autonomía de la persona. Múltiples participantes afirman que la empresa se ha mostrado dispuesta a implantar cambios para posibilitar su permanencia en el puesto de trabajo, sin embargo, estas adaptaciones eran insuficientes debido a la severidad y al carácter debilitante de la enfermedad rara que padecen.

«Yo en febrero empecé a trabajar, pero con una adaptación absurda que me hizo mi consejería por ayudarme, porque ellos me apoyan, no tienen nada contra mí, piensan que siempre soy una buena trabajadora y esto es una cuestión de salud, así que me hicieron una buena adaptación, pero yo empeoraba y empeoraba sin aportar nada» (M04, 52 años).

«Lo intentamos, pero la fatiga que me genera el problema que tengo... me era imposible hasta permanecer sentado». «Intentamos pues na, pasar de... por ejemplo, de... de fuera de la empresa o taller a dentro de la oficina, como un despacho técnico y seguir dirigiendo la empresa desde ahí. [...] Lo intenté un mes, pero que no podía... era imposible ya...» (H04, 49 años).

«Dice ¿te pueden colocar en otro sitio? la de medicina interna y le digo: no, porque están los químicos que están con sus estudios arriba en... en el laboratorio y los que estamos en planta. Yo, yo soy... yo no estoy cualificado, yo no tengo, no tengo estudios» (H01, 55 años).

En lo referente a las barreras arquitectónicas, una participante explica que cuenta con barreras en su entorno de trabajo que impiden que se desplace con autonomía y destaca la ausencia de cambios tras haber comunicado esta situación:

«Hay muchas salas para hacer juicios y no siempre hacen el juicio en la misma sala, entonces esa rampa la van moviendo y hemos pedido como que pongan una rampa en cada sala y no. Hemos pedido que pongan una en cada pasillo al menos, que hay cuatro pasillos y tampoco. Entonces pues nada, van con la rampa de un lado a otro» (M02, 38 años).

Esta participante también comparte las dificultades experimentadas a la hora de solicitar apoyos que se adapten a sus necesidades:

«A lo mejor hago pis aquí y después ahí si me da a media mañana [...] tengo yo que llamar yo a alguien. Yo creo que eso sería un ajuste razonable, eso no... eso no está previsto [...] ¿Qué pones? ¿a una persona que esté ahí conmigo a mi lado? Pues tampoco quiero eso, que yo trabajo sola y yo no necesito tanto. [...] ¿Un por si acaso? ¿Y qué hace mientras esa persona? Porque es que yo la mayoría de días no necesito nada». «Es super difícil, por eso ni... ni me he molestado, directamente me busco la vida. Me sale mejor pagarle a alguien yo» (M02, 38 años).

3.3. Interacciones con el sistema de la Seguridad Social

Es frecuente entre los participantes que padecen una enfermedad rara que les impide desarrollar su labor profesional describir sus experiencias con el sistema de la Seguridad Social como negativas. Los participantes destacan un trato poco humano y expresan sentirse atacados, silenciados e ignorados pese a proporcionar informes médicos que reflejan los problemas de salud que padecen.

«Me pusieron que estaba estupenda para... para trabajar y yo digo: ¿cómo puedo estar estupenda para trabajar, si hasta a mí me han tenido que estar poniendo en mi casa cuñas para hacer pipí, levantarme la mano para darme de comer, ¿sabes?». «Directamente piensan que es psicósomático, que es nerviosismo y que te lo estás inventando tú» (M03, 48 años).

«Yo cuando fui a la mutua de la empresa, a mí me hicieron un reconocimiento médico físico. Me ve físicamente y dice: esta mujer no está apta para trabajar, eh. [...] Pero si voy al Tribunal, detrás de un mostrador, o sea, detrás de cómo ven los informes que ya, ya te mandaremos la carta» (M01, 46 años).

«Te tratan como si fueras una mierda, te tratan como si tu fueras una... sobre todo siendo mujer eh... pues una gandula, una histérica. Pero yo ahí me hundo y soy una... no sé muy pequeñita. [...] Nos anulan nada más entrar por la puerta» (M04, 52 años).

«Me trataron excesivamente mal, mal, pero muy mal, en todos los... en todos los sitios donde entra esto de la Seguridad Social o los inspectores. Como achacando que no tienes na... o que te lo inventas, o que... no sé. Siempre me he visto extremadamente atacado» (H04, 49 años).

Algunos participantes interpretan el trato negativo que han recibido desde la Seguridad Social como un intento de «quitarlos del medio»:

«No quieren solucionar absolutamente nada, como tengas algo raro, se lavan las manos y te quitan del medio» (H04, 49 años).

«Cuando ellos no entienden te callan la boca, intentan que te calles y que te aguantes y que te jodas, se pasa muy mal eh». (M03, 48 años).

«El otro día tuve la inspección del INSS [...] y ellos siguen pensando que lo que tenemos es psicológico, de esa manera nos quitan del medio» (M04, 52 años).

Otro participante atribuye el trato que ha recibido por parte de los inspectores laborales a la escasa información que existe sobre la patología que padece.

«No existe reconocimiento en la Seguridad Social como enfermedad rara, no existe». «Yo no puedo estar ahí con esta situación 8 horas sentado, no lo comprenden porque no saben lo que es [nombre de la enfermedad rara que padece]» (H03, 63 años).

Aquellos participantes que se encuentran a la espera de obtener una resolución, ya sea tras haber solicitado por primera vez la incapacidad laboral o haber recurrido una resolución previa, expresan que viven este proceso con incertidumbre e incluso malestar.

«Es la incertidumbre, porque si no paso el Tribunal Médico es que ya no sé qué es lo que voy a hacer [...] porque allí mi trabajo no lo puedo desempeñar y si no hay otra cosa con 55 años a dónde... ¿qué hago? Y sin estudios porque soy graduado escolar, tengo lo básico. Entonces no sé, no sé lo que puede pasar» (H01, 55 años).

«Psicológicamente todas estas cosas... hasta que no se aclare todo, me está afectando» (M01, 46 años).

«Yo sé que ahora me toca ir a juicio, pero tengo que ir con peritajes que valen unos... unos cuántos miles, no sé, me va a tocar pedir un préstamo, no lo sé, no sé, es un tema que me tiene... porque nunca había ido a juicio» (M04, 52 años).

Estas experiencias han generado en múltiples participantes un sentimiento de abandono por parte del sistema y perciben la situación en la que se encuentran como injusta. Como consecuencia, viven este proceso como una constante lucha para que se les reconozca la situación en la que se encuentran.

«Después de estar trabajando toda la vida eh, y cotizando a la Seguridad Social». «Me siento un poco abandonada por parte de la Seguridad Social. Sí... de que no me reconozcan... A mí me gustaría que me vieran por un agujerito mi día a día» (M01, 46 años).

«Tendrían que darme unos... o sea, una incapacidad permanente absoluta, en mi caso por el... por la gravedad, después de tener 21 años y 4 meses cotizados, y no tenía que por qué haber tenido ningún tipo de problema». «He luchado con los informes que tengo. [...] No me han reconocido absolutamente nada. Nada, nada, nada, cero reconocimiento» (H04, 49 años).

«Estamos aquí abandonados totalmente. Y hemos luchado mucho, hemos llorado mucho, nos han echado para atrás de todos lados» (M03, 48 años).

3.4. Situación económica

Los participantes destacan los elevados gastos derivados de la enfermedad rara que padecen, entre los que se encuentran el coste de medicamentos, tratamientos, rehabilitación, ayudas técnicas, consultas médicas, pruebas, etc. Ante esto, múltiples participantes se han visto en la situación de tener que pedir dinero prestado para poder hacer frente a estos gastos.

«Nos han prestado dinero y todo para una de las cirugías que me tuve que hacer que nos cobraron 8.000 euros. Una ruina estar enferma eso es lo que es y una desesperación para la familia y un abandono» (M03, 48 años).

«Tuve que pagar muchísimo dinero en consulta y un tratamiento diario que yo no me puedo ir a Madrid a hacer un tratamiento neurológico porque no me lo puedo costear». «Como mi marido dice, pues tendremos que sacar un préstamo para ti, pero que mi calidad de vida sea... más o menos, sí, llevadera» (M01, 46 años).

«No hay dinero para contratar a alguien que me ayude, porque yo, aunque soy profesora, lo he gastado todo en medicamentos, médicos, pruebas y ahora, deuda, porque te metes, porque te estás muriendo, no te queda dinero y tiras de la tarjeta y cosas de esas» (M04, 52 años).

«Yo vivo porque mis padres aún tienen 74, 75 años y me pude venir a vivir con ellos, y por eso puedo seguir respirando, si no pues ya me hubiese tirado por un puente, no me hubiese quedado otro remedio» (H04, 49 años).

Podemos destacar los relatos de aquellos participantes que cuentan con personas que dependen económicamente de ellos, como, por ejemplo, es el caso de aquellos participantes que tienen hijos a cargo. Estos participantes expresan la importancia que tiene para ellos ser capaz de proporcionarles lo que necesitan, optando en ocasiones por dejar de recibir tratamientos debido al impacto negativo que esto tienen sobre la economía familiar.

«Pero cuando te dejabas el tratamiento, pues... pues te vuelves a enfermar y yo no puedo pagar 800 euros al mes porque tenemos dos hijos y mi marido un solo trabajo» (M03, 48 años).

«Mis hijos también le han pasado una edad ahí... adolescencia tal que... me han necesitado mucho y a lo mejor yo no estaba ahí. Y con muchos gastos claro, de no poder trabajar y hacer frente, que si la ortodoncia, que si el carnet, que si el coche» (M01, 46 años).

«Mis hijos estaban totalmente cubiertos por mi trabajo y por to ¿sabes? Sin problema. Muy duro, muy duro, pasar de una cosa a otra es muy duro». «Tratamiento siempre... por el tema de mediante pago, pues siempre he hecho. [...] Pero a día de hoy absolutamente nada». «Guardo el dinero para el tema de los hijos» (H04, 49 años).

Incluso en los casos en los que los participantes declaran tener un salario generoso, reconocen que los gastos derivados de la enfermedad rara consumen una parte considerable de sus ingresos.

«Mi salario es bueno, si tú no tienes nada que hacer, es bueno. [...] O sea, que... que son una serie de cosas que... que no te da... o sea muy bueno, pero... y porque los fines de semana yo tengo a mi pareja y tal que me ayuda, pero sino yo necesitaría a alguien los fines de semana, noches...» (M02, 38 años).

«Si consigo dejar de pagar médicos, complementos, pruebas y demás, pues sí que me queda una nómina tranquila, pero ahora mismo, no, ahora mismo conforme entra sale todo» (M04, 52 años).

Con respecto al tiempo de ocio, múltiples participantes afirmaron no disfrutar de tiempo de ocio, sin embargo, no atribuyen esto a factores económicos, sino a la imposibilidad de desarrollar una vida social normalizada a causa de la sintomatología de la enfermedad rara que padecen u otros factores como vergüenza o falta de ganas.

«Antes salíamos de vez en cuando, ahora cero, ya no, ni salimos a cenar ni nada, porque ya es que... no te... no nos apetece, es que ya... no sé» (H01, 55 años).

«Es que salimos a lo mejor con amigos, pues ya voy con la muleta, ya no puedo estar mucho tiempo de pie, a lo mejor no puedo estar mucho tiempo sentada... en las conversaciones al hablar que me atranque, muchas veces a lo mejor no entro en las conversaciones, porque me da como vergüenza o me siento un poco... no sé» (M01, 46 años).

Aunque también tenemos participantes que afirman disfrutar de actividades de ocio:

«Sí sí, me da para viajar y esas cosas.... a mí, por ejemplo, me gusta mucho ir a conciertos de música. [...]»

«Salir a comer algo con mi pareja, si, para esas cosas sí» (M02, 38 años).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los relatos recopilados muestran las diversas formas en las que las trayectorias laborales de las personas con enfermedades raras se ven afectadas por la presencia de este tipo de patologías. Múltiples participantes manifiestan que tras una baja laboral motivada por la enfermedad rara que padecen les resulta imposible reincorporarse a su puesto de trabajo habitual, ante lo cual se ven obligados a abandonar la empresa. En concordancia con estas experiencias, Luengo, Aranda y De la Fuente (2001) señalan que aquellas personas afectadas por una enfermedad rara que *«tenían un trabajo con anterioridad a la enfermedad difícilmente lo pueden conservar»* (p. 115). En esta línea, Garrino, Picco, Finiguerra, Rossi, Simone y Roccatello (2015) destacan el impacto de las enfermedades raras sobre el ámbito laboral a través de un estudio cualitativo en el que algunos entrevistados expresaron que, conforme progresa la enfermedad rara que padecen, esta se vuelve incompatible con el trabajo. También podemos ver esta realidad reflejada en el estudio ENSERio (2018a) con un 31,91% de los participantes que afirman que no pueden trabajar de forma permanente como consecuencia de la enfermedad rara que padecen.

Thijssen *et al.* (2020) señalan que la participación laboral afecta la vida social y familiar del sujeto, su autoestima, su independencia y su situación económica. Asimismo, Johansen, Velvin, Fugl y Lidal (2021) señalan la relación entre la participación laboral y la satisfacción con la vida percibida por los afectados. Si bien a través del presente estudio no se analiza la satisfacción con la vida de los afectados, podemos destacar que las experiencias de aquellos participan-

tes que cuentan con una situación laboral normalizada tienden a ser más positivas, mientras que las experiencias de aquellos participantes que se encuentran en el paro, en baja laboral o cuentan con un permiso retribuido se caracterizan por la incertidumbre ante su futuro laboral, frustración ante la situación en la que se encuentran, dificultades para asumir los gastos generados por la enfermedad rara, sentimientos de injusticia ante el trato recibido por el sistema de la Seguridad Social, etc. En este último grupo encontramos múltiples participantes que cuentan con enfermedades raras no congénitas que se han manifestado en la etapa adulta, lo cual supone una variación drástica en su trayectoria laboral y vital. Diversos autores exploran las transformaciones de las identidades de aquellas personas que han tenido que dejar de trabajar por enfermedades crónicas, discapacidad o lesiones. Entre ellos encontramos a la autora Hay (2010) que nos habla del concepto de agencia, haciendo referencia a la capacidad intencional y motivada para actuar y desarrollar actividades productivas con valor social o personal como puede ser el empleo. Los niveles de agencia percibidos por la propia persona pueden verse alterados por la aparición de enfermedades crónicas que modifiquen sus capacidades funcionales. Recordemos que muchas enfermedades raras tienen un carácter crónico y progresivo (Mestre, 2022). Esto puede llevar a los afectados a cuestionarse su vida cotidiana, su propia agencia, sus trayectorias y sus expectativas, especialmente en una sociedad utilitarista que concede una gran importancia a la capacidad del individuo de ser productivo. Adicionalmente, Hay (2010) plantea que la invisibilidad de la enfermedad puede provocar que los afectados se sientan juzgados y catalogados como flojos, vagos o mentirosos al no poder llevar una vida productiva que se ajuste a las expectativas sociales. Este aspecto también es mencionado por otros estudios sobre enfermedades raras como el realizado por Uhlenbusch, Löwe y Depping (2019) en el que los participantes de un grupo de discusión señalan que se han sentido juzgados y etiquetados como vagos por personas de su entorno.

Por otro lado, Walker (2010) explora los cambios producidos en las identidades sociales de las personas que se han visto obligadas a dejar de trabajar debido a enfermedades crónicas. De acuerdo con esta autora, la incapacidad de trabajar es percibida como una modificación involuntaria e imprevista de la identidad social de la persona y de sus planes de vida. En concordancia con lo planteado por esta autora, los participantes de esta investigación expresan que ha sido un proceso muy duro el cambio experimentado tras la aparición de la enfermedad rara, no solo en el ámbito laboral, sino en la manera en la que se relacionan con su entorno y cómo son percibidos por los demás, pasando, por ejemplo, de una vida muy activa con un puesto de trabajo bien valorado socialmente, a una situación en la que se sienten apartados, juzgados e incomprensidos.

Otro aspecto que destacar son los sentimientos de malestar que surgen entre los participantes al no reconocerse la situación de incapacidad laboral en la que declaran encontrarse. Es importante destacar la gran cantidad de relatos que construyen una imagen colectiva del sistema de la Seguridad Social y de los inspectores laborales como enemigos, destacando la falta de humanidad y de comprensión por parte de los profesionales con los que han interactuado. Estos hallazgos coinciden con los datos publicados en el informe «Termómetro de necesidades de las personas con enfermedades poco frecuentes» (FEDER, 2018b) que indica que las consultas jurídicas más frecuentes son aquellas relacionadas con el ámbito del derecho laboral y/o de la Seguridad Social. De igual manera, entre las necesidades percibidas por FEDER (2018b) encontramos dificultades a la hora de obtener el reconocimiento de la incapacidad laboral. Ante esta situación, considero de vital importancia el desarrollo de futuras investigaciones que analicen en mayor profundidad las posibles barreras existentes a la hora de que los afectados por enfermedades raras puedan

obtener el reconocimiento de la situación de incapacidad laboral y faciliten, siempre que sea necesario, la implementación de mejoras en el sistema para evitar la desprotección de este colectivo. En esta línea, Paramá Díaz (2021) señala que ciertas características propias de las enfermedades raras como los largos procesos de diagnóstico, la escasa información disponible o la presencia de síntomas clínicos inespecíficos dan lugar a *«problemas de carácter legal y administrativo, puesto que, si no existe determinación de una patología concreta, las personas afectadas carecen de mecanismos mediante los cuales puedan reclamar sus derechos»* (p. 424). Ante este tipo de situaciones cabe destacar la falta de orientación y asesoramiento que facilite a las personas redirigir sus trayectorias laborales y vitales, por lo que la persona se siente abandonada, desamparada y atrapada en una situación que es percibida como una lucha constante, injusta y frustrante.

En relación al impacto de las enfermedades raras sobre la situación económica de los afectados, podemos ver que la gran mayoría de los participantes destacan que los gastos generados por la patología que padecen suponen una carga económica considerable, incluso en los casos en los que los participantes afirman tener un salario elevado. Estos resultados concuerdan con los datos publicados por el Estudio ENSERio (FEDER, 2018a), los cuales muestran que un 70,89% de los participantes percibe estos gastos como altos o muy altos y un 60,06% afirma que son bastante o muy difíciles de asumir. La presente investigación nos permite destacar dos factores principales que guardan una estrecha relación con el ámbito económico. Por un lado, la aparición de una enfermedad rara puede ir acompañada de una reducción de la jornada laboral o de la pérdida de empleo, lo cual implica una reducción de los ingresos económicos, situación que además se ve agravada ante la ausencia de una pensión de incapacidad. Por otro lado, se produce un redireccionamiento de los recursos disponibles hacia los gastos derivados de la enfermedad rara. Estos dos factores no se encuentran presentes en todos los relatos y tampoco impactan con la misma intensidad a todos los participantes, sin embargo, es importante destacar el elevado número de participantes que expresan haber tenido que dejar de recibir ciertos tratamientos debido a su elevado coste, lo cual tiene un impacto negativo sobre su calidad de vida y su estado de salud. En esta línea, Venturiello (2014), en un estudio sobre adultos con discapacidad motriz señala que *«las diferencias en el nivel socioeconómico constituyen un aspecto determinante en la atención a la salud recibida, la posibilidad de recuperarse y, finalmente, la reinserción social»* (p. 109).

Para finalizar, es necesario destacar la labor del trabajador social en relación con el colectivo de personas con enfermedades raras, cuyo paso por el mundo laboral queda, en muchos casos, marcado por sentimientos de incomprensión, frustración y abandono por parte de los sistemas públicos que deben garantizar el bienestar de sus ciudadanos. Ante esto, podemos destacar las aportaciones de Schneider y Lester (2001) que hablan del rol de «defensa» del trabajo social ante sistemas injustos o no respondientes a las necesidades de los colectivos más vulnerables. Así pues, la labor del trabajador social se desarrolla en una doble dirección. Por un lado, tenemos la atención dirigida a la persona afectada y su entorno, enfocada como un proceso de movilización de recursos, orientación y acompañamiento que permita potenciar las capacidades, destrezas y habilidades de la persona (Limón y Duarte, 2020). Y, por otro lado, tenemos una labor de reforma de la estructura formal o societal que genera obstáculos para este colectivo, abogando por la toma de conciencia sobre la situación de las personas con enfermedades raras y la creación de políticas que den respuesta a sus necesidades (Puente, Barahona y Fernández, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrión Tudela, J., Pino-Ramírez, G., y Males Henao, A. (2019). Perfil Organizacional del Movimiento Asociativo de las Enfermedades Raras en Iberoamérica. *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*, 9(1), 72-94. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6841447>
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) (2018a). *Estudio sobre situación de necesidades sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España: Estudio ENSERio. Datos 2016-2017*. Recuperado de: https://www.enfermedades-raras.org/sites/default/files/2021-12/final-enserio_estudio-sobre-situacion-de-necesidades-sociosanitarias-personas-con-enfermedades-raras-en-espana_0.pdf
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) (2018b). *Informe: Termómetro de necesidades de las personas con enfermedades poco frecuentes. 2018*. Recuperado de: https://www.enfermedades-raras.org/sites/default/files/2021-12/informe_termometro-de-necesidades-del-sio.pdf
- Garrino, L., Picco, E., Finiguerra, I., Rossi, D., Simone, P., y Roccatello, D. (2015). Living with and treating rare diseases: experiences of patients and professional health care providers. *Qualitative health research*, 25(5), 636-651. Doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1049732315570116>
- Giorgi, A., y Giorgi, B., (2003). The descriptive phenomenological psychological method. En P. M. Camic, J. E. Rhodes, y L. Yardley (eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). American Psychological Association. Doi: <https://doi.org/10.1037/10595-013>
- Hay, M. C. (2010). Suffering in a productive world: Chronic illness, visibility, and the space beyond agency. *American Ethnologist*, 37(2), 259-274. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1425.2010.01254.x>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). Encuesta de Población Activa (EPA). Resultados. Media de los cuatro trimestres del año. Año 2017.
- Johansen, H., Velvin, G., Fugl-Meyer, K., y Lidal, I. B. (2021). Adults with Loeys-Dietz syndrome and vascular Ehlers-Danlos syndrome: A cross-sectional study of life satisfaction. *Journal of rehabilitation medicine*, 53(11). Doi: <https://doi.org/10.2340/jrm.v53.572>
- Limón Aguirre, C.G., y Duarte Cruz, J.M. (2020). Intervención del profesional del trabajo social con personas jóvenes y adultas con alguna discapacidad. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* (9), 17-28. Doi: <https://doi.org/10.6018/azarbe.410051>
- Luengo S., Aranda M. T., y De la Fuente M. (2001). *Enfermedades Raras: Situación y Demandas Sociosanitarias*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO), Madrid.
- Mestre, A. R. (2022). Las enfermedades minoritarias en España: Una mirada hacia adelante. *Medicina clínica*, 158(6), 274-276. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.006>

- Palacios-Ceña, D., y Liria, I. C. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva*, 21(2), 68-73. Doi: 10.1016/j.enfi.2009.11.003 Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239909000091>
- Paramá Díaz, A. (2021). Comprendiendo las enfermedades raras. Educación y humanismo en la sociedad actual. *Araucaria*, 23(46). Doi: <https://doi.org/10.12795/araucaria.2021.i46.20>
- Posada De la Paz, M., Martín-Arribas, C., Ramírez, A., Villaverde, A., y Abaitua, I. (2008). Enfermedades raras: Concepto, epidemiología y situación actual en España. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 31(2), 9-20. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400002
- Puente-Ferreras, A., Barahona-Gomariz, M. J., y Fernández-Lozano, M. P. (2011). Las enfermedades raras: Naturaleza, características e intervención biopsicosocial. *Portularia*, 11(1), 11-23. Doi: 10.5218/prts.2011.0002 Recuperado de: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3653>
- Schneider, R., y Lester, L. (2001). *Social Work advocacy: a new framework for action*. Stanford: Brooks/Cole.
- Seco Saucedo, M. O., y Ruiz Callado, R. (2016). Las enfermedades raras en España. Un enfoque social. *Revista Prisma Social*, (17), 373-395. Recuperado de: <https://revistaprismasocial.es/article/view/1289/1355>
- Thijssen, C. G. E., Doze, D. E., Gökalp, A. L., Timmermans, J., Peters, J. B., Elbers-van de Ven, L. H. C., Van Royen, N., Takkenberg, J. J. M., Roos-Hesselink, J. W., y Van Kimmenade, R. R. J. (2020). Male-female differences in quality of life and coping style in patients with Marfan syndrome and hereditary thoracic aortic diseases. *Journal of genetic counseling*, 29(6), 1259-1269. Doi: <https://doi.org/10.1002/jgc4.1288>
- Trejo Martínez, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034699>
- Uhlenbusch, N., Löwe, B., y Depping M. K. (2019). Perceived burden in dealing with different rare diseases: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(12). Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033353>
- Venturiello, M. P. (2014). Los adultos con discapacidad motriz y sus familiares: la organización del hogar, los afectos y el trabajo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 103-120. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4904091>
- Walker, C. (2010). Ruptured identities: Leaving work because of chronic illness. *International Journal of Health Services*, 40(4), 629-643. Doi: <https://doi.org/10.2190/HS.40.4.d>

Revisión de la evidencia empírica relacionada con el síndrome de sobrecarga del cuidador publicada en los últimos diez años
Review of empirical evidence related to caregiver burden syndrome published in the last ten years
 Ana Márquez Terraza

7-29

Trabajo social y cooperación internacional al desarrollo: un análisis de la educación universitaria y las publicaciones académicas en España
Social work and international development cooperation: an analysis of university education and academic publications in Spain
 Manuel Sánchez-Moreno, María del Mar Rodríguez-Brioso, Jesús M. Pérez Viejo Y Esther Acevedo Alcaraz.

31-51

Trabajo social sanitario ante divorcios difíciles: programa infanto-juvenil del centro de salud mental de Getafe
Social health work in difficult divorces: child and youth programme at the Getafe mental health centre
 Ángel Reviriego Herranz

53-62

Comprensión o implicación. ¿pueden las familias multiproblemáticas esperar a que las comprendamos?
Understanding or involvement. can multi-problem families wait for our understanding?
 Israel Ureña Mallén, Ricardo Ramos Gutiérrez y Raúl Jiménez Muñoz

63-76

El niño emperador. desafíos del trabajo social en un mundo transhumanista
The emperor child. challenges of social work in a transhumanist world
 Jesús Acevedo Alemán

77-89

Trabajo social y ciudades inteligentes: análisis comparado del protocolo de Vancouver para la mejora de la calidad de vida en personas mayores
Social work and smart cities: comparative analysis of the Vancouver protocol to improve the quality of life in older people
 María Dolores Muñoz de Dios, María del Carmen Orpez Lara y Cristina Belén Sampedro Palacios

91-108

El deporte como herramienta de transmisión de valores en barrio desfavorecidos: potencialidades y limitaciones
Sport as a tool for transmitting values in disadvantaged neighbourhoods: potentials and limitations
 Rocío López-Montero, Antonio Delgado-Baena, Rocío Vela-Jiménez y Antonio Sianes

109-127

Desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas: un análisis desde el trabajo social
Challenges, barriers, and opportunities of care systems for addictive behaviors: an analysis from social work
 Ángela Parrilla-Olmeda y Ángela Carbonell

129-151

Factores sociales en el suicidio de personal sanitario. el impacto del estrés laboral y la necesidad de una autopsia social: una revisión sistemática
Social factors in healthcare worker suicide. the impact of work-related stress and the need for a social autopsy: a systematic review
 Ángel Luis Arricivita Amo, Javier Olivera Pueyo y Visitación Ortega Riba

153-174

Enfermedades raras y su impacto en relación con el ámbito laboral
Rare diseases and their impact in relation to the work sphere
 Daria Munteanu y Elvira Medina Ruiz

175-188