TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO
OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

2025 I 2º semestre I ISSN 1134-0991 I www.trabajosocialhoy.com



104

madrid
colegio oficial
trabajo social

sumario
contents

Presentación I Presentation 5

Artículos I Articles

Familias y profesorado ante el consumo de pornografía en jóvenes y adolescentes: análisis de discursos y relevancia para el Trabajo Social
Families and teachers facing the consumption of pornography in youth and adolescents: an analysis of discourses and relevance for Social Work
Cristian Díaz Hernández, Esther Torrado Martín-Palomino y Josué Gutiérrez Barroso 7-21

Propuesta de codificación diagnóstica para Trabajadoras/es Sociales Sanitarios
Proposal for diagnostic coding for health Care Social Workers
Francisca Rodríguez Almodóvar, Agustina Crespo Valencia, Pilar Gómez Viejo, Rosa Gutiérrez Barreno, Leta Loro Navarro, Esther Martín Susilla y Adela Ortega Ortega 23-44

Condiciones laborales de las Trabajadoras Sociales Sanitarias en Galicia: impacto del SAAD en el área sanitaria de Coruña y CEE
Working conditions of Health Social Workers In Galicia: impact of the system for autonomy and dependency care in the health area of a Coruña and CEE
Andrea Moreno-Rodríguez, Rubén González-Rodríguez y Breogán Riobóo-Lois 45-59

De la teoría a la práctica: analizando el potencial de transferibilidad de proyectos de innovación social en servicios sociales
From theory to practice: analyzing the transferability potential of social innovation projects in social services
Luna del Alba Anillo Pérez, Elena Ferri Fuentevilla y Susana Martí García 61-83

La maternidad soltera en Marruecos: análisis del modelo de empoderamiento de 100% MAMANS
Single motherhood in Morocco: analysis of the 100% MAMANS empowerment model
Mohammed Haouari 85-99

Atención a la depresión posparto y prevención del suicidio materno: retos, limitaciones y oportunidades desde el Trabajo Social
Addressing postpartum depression and preventing maternal suicide: challenges, limitations, and opportunities from a Social Work perspective
Sergio Capella Castillo y Salomé Ramírez Gil 101-117

Sexualidad como moneda de cambio: dinámicas transaccionales en el entorno penitenciario
Sexuality as currency exchange: transactional dynamics in the prison environment
Vera Méndez Monleón y Joan Albert Riera Adrover 119-134

Trabajo social ante la crisis climática: análisis teórico del impacto del calor extremo en las personas mayores
Social work facing the climate crisis: a theoretical analysis of the impact of extreme heat on older adults
Pablo De Gea-Grela 135-151

Salud reproductiva de mujeres africanas en situación de protección internacional: estudio de caso
Reproductive health of african women in international protection: case study
Daniela Marín Román y Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño 153-175

Tejiendo redes de cuidado: intervención desde el Trabajo Social Sanitario con familias cuidadoras de personas con demencia con cuerpos de Lewy
Weaving care networks: intervention from health social work with families caregivers of people with Lewy bodies dementia
Carla Galán García y Verónica Olmedo Vega 177-194

TRABAJO SOCIAL HOY | Segundo semestre de 2025 | número 104

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 Geriatría 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 Martin 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 diciembre 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: Afanias Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

presentación

Presentamos el último número de 2025 y lo hacemos con la convicción de que los cambios que se han ido sumando a *Trabajo Social Hoy* han servido para promover la investigación y la divulgación de contenido científico de la disciplina. A día de hoy podemos confirmar que el modelo de publicación continua ha servido para que nuestra revista se encuentre al servicio de la investigación y para continuar siendo un lugar de referencia para que profesionales del Trabajo Social publiquen sus últimos avances. En este sentido, no podemos más que agradecer la buena acogida que este nuevo sistema ha tenido entre la colegiatura y entre todos/as aquellos/as lectores/as y autores/as que cada número se acercan a las páginas de *Trabajo Social Hoy*. Todo ello nos motiva a continuar innovando y adaptando los procesos de investigación y de divulgación científica a la realidad de nuestra disciplina.

Como podréis comprobar en las páginas siguientes, el número 104 se caracteriza por contener una amplia variedad de temas relacionados con el Trabajo Social, que van desde realidades y problemáticas de reciente calado en la profesión, como es el consumo de pornografía en jóvenes y adolescentes, el cambio climático o los complejos procesos existentes en el posparto. Aspectos habituales en la disciplina y de los que siempre es interesante conocer el estado de la cuestión, como son los entornos penitenciarios o las situaciones sociolaborales de los/as profesionales del ámbito sanitario. Hasta una propuesta de codificación diagnóstica en Trabajo Social Sanitario que ya en la versión digital del mismo está teniendo gran calado en la disciplina.

En definitiva, un nuevo número cargado de nuevas investigaciones y líneas de intervención que seguro que sirven de apoyo para los/as compañeros/as que se encuentran en la intervención y de inspiración para las personas que forman parte de ese complejo ámbito de la investigación tan necesaria en nuestra disciplina.

Rubén Yusta Tirado
Director de la revista
Trabajo Social Hoy



FAMILIAS Y PROFESORADO ANTE EL CONSUMO DE PORNOGRAFÍA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: ANÁLISIS DE DISCURSOS Y RELEVANCIA PARA EL TRABAJO SOCIAL

FAMILIES AND TEACHERS FACING THE CONSUMPTION OF PORNOGRAPHY IN YOUTH AND ADOLESCENTS: AN ANALYSIS OF DISCOURSES AND RELEVANCE FOR SOCIAL WORK

Cristian Díaz Hernández
Departamento de Sociología y Antropología, Universidad de La Laguna. España.

Esther Torrado Martín-Palomino
Departamento de Sociología y Antropología, Universidad de La Laguna. España.

Josué Gutiérrez Barroso
Departamento de Sociología y Antropología, Universidad de La Laguna. España.

Resumen: En los últimos años, la industria de la pornografía ha continuado su expansión y cada vez es mayor el número de jóvenes y adolescentes que la consumen. Ante esta realidad, parece necesario investigar cómo perciben los padres, madres y docentes este fenómeno. Para ello, este estudio se apoya en una investigación realizada en Tenerife en la que se utilizó una metodología cualitativa de grupos de discusión, en los que participaron 10 representantes de las AMPAS y 20 docentes de centros educativos de enseñanza secundaria. Tanto madres y padres como docentes comparten discursos sobre la preocupación del aumento del consumo, la facilidad del acceso y la pornificación de la sociedad. Ante esto, demandan acciones de información sobre las repercusiones negativas del consumo y formación especializada y científica.

Palabras Clave: Pornografía, jóvenes, docentes, padres, percepciones.

Abstract: In recent years, the pornography industry has continued to expand and the number of young people and adolescents who consume pornography is increasing. Given this reality, it seems necessary to investigate how parents and teachers perceive this phenomenon. For this purpose, this study is based on a research carried out in Tenerife in which a qualitative methodology of discussion groups was used, with the participation of 10 representatives of AMPAS and 20 teachers from secondary schools. Both mothers and fathers and teachers share the concern about the increase in consumption, the ease of access and the pornification of society. In view of this, they demand information actions on the negative repercussions of consumption and specialized and scientific training.

Keywords: Pornography, youth, teachers, parents, perceptions.

Referencia normalizada: Díaz, C., Torrado, E., y Gutiérrez, J. (2025) Familias y profesorado ante el consumo de pornografía en jóvenes y adolescentes: análisis de discursos y relevancia para el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy 104*(1), 7-21. Doi: 10.12960/TSH.2025.0011

Correspondencia: Cristian Díaz Hernández. *Email*: cdiazher@ull.edu.es

1. INTRODUCCIÓN

La industria de la pornografía ha sufrido una importante mutación en los últimos 30 años, propiciando que jóvenes y adolescentes, sobre todo chicos jóvenes, se inicien en su consumo a edades cada vez más tempranas (Cobo, 2020). Esto ha impactado en el aumento de las tasas de prevalencia en el acceso a las plataformas pornográficas y su exposición (Colom *et al.,* 2024). Elementos como la gran calidad de imagen, la accesibilidad, la gratuidad e interactividad de los contenidos y sobre todo el anonimato ofrecido, han generado que esta nueva pornografía online se haya expandido globalmente con gran rapidez, pasando del formato físico (DVDs, cintas de VHS, videoclubs, cines, revistas, etc.) al formato digital. Además, el aumento del uso de dispositivos móviles por parte de adolescentes, niños y niñas a edades cada vez más tempranas (Ballester y Orte, 2018; Save the Children, 2020) hace que estén más expuestos a sus contenidos, ya sea de forma accidental o intencionalmente, o bien por la búsqueda de placer o de respuestas sexuales (Torrado *et al.,* 2021).

Este incremento del consumo no solo se debe a esa facilidad en el acceso y los elementos mencionados anteriormente, sino que también apunta a una carencia de educación afectivo-sexual en España en particular y en el resto del mundo en general (Ballester *et al.,* 2022). A este respecto, algunos estudios apuntan que los y las adolescentes utilizan internet para resolver sus dudas sexuales, lo que se ha asociado con un consumo mayor de pornografía (Díaz *et al.,* 2023). Dicho de otro modo, aquellas personas que consumen más pornografía resuelven en mayor medida sus dudas sexuales a través de internet. Estudios como el de Burtăverde *et al.* (2021) confirman esta realidad social, dado que uno de los motivos por el que los jóvenes consumían pornografía era precisamente para mejorar el rendimiento sexual, además de incrementar el deseo sexual, o por razones sociales e instrumentales e incluso debido a la falta de habilidades relacionales y emocionales. Así mismo, otros estudios recientes como el de Rothman *et al.* (2021), afirman que solo el 8,4% de los y las adolescentes de una muestra de 324 estudiantes de Estados Unidos, habían informado que la pornografía les sirvió de ayuda en sus relaciones sexuales, mientras que padres y madres (31%) y amistades (21,6%) les habían ayudado en mayor medida.

Respecto a las características del consumo de pornografía en chicos y chicas jóvenes, hay importantes diferencias que deben ser tenidas en consideración. Tanto estudios nacionales (Ballester *et al.,* 2021; Torrado *et al.,* 2021) como internacionales (Miller *et al.,* 2019; Peter y Valkenburg, 2016), han constatado que son los chicos quienes realizan un consumo mayor y más frecuente que las chicas. Además, hay otra diferencia frente a las chicas, ya que ellos comparten las imágenes y vídeos que visualizan en internet (Díaz *et al.,* 2023), lo que contribuye a la normalización y difusión del consumo.

Estas diferencias responden a que la pornografía, desde su origen hasta la actualidad, ha sido concebida como un producto protagonizado por mujeres y dirigido a hombres (Cobo, 2020). Además, con el paso de los años las producciones pornográficas han ido sofisticándose e incrementando la violencia sexual hacia las mujeres. En ese sentido, el estudio de Fritz *et al*. (2020) sobre el análisis de más de 4.000 vídeos de dos de las grandes páginas web de pornografía, Pornhub y XVideos, encontró que en Pornhub el 45% de los vídeos incluía al menos un acto de agresión física, mientras que en XVídeos había en el 35% de los vídeos. En esos vídeos donde aparecían agresiones, en más del 95% de ellas iban dirigidas a las mujeres y en el 75% quienes perpetraban esas agresiones eran hombres.

Este protocolo de la violencia sexual grabada impacta profundamente en el desarrollo de la personalidad de jóvenes y adolescentes y su forma de socializarse, influyendo en sus comportamientos, actitudes y prácticas sexuales (Abalo-Rodríguez *et al.*, 2023; Franc *et al.,* 2018; Wright *et al*., 2014). En el caso de los chicos es especialmente relevante, pues el precitado estudio de Abalo-Rodríguez *et al.* (2023) señala cómo repercute en una socialización marcada por la introducción de prácticas violentas en su vida sexual, que podrán desear reproducir con sus parejas (Rothman y Adhia, 2015). Además, estudios como el de Lim *et al.* (2017) o el de Weber *et al.* (2012) indican que el consumo de pornografía a edades más tempranas está relacionado con la iniciación temprana en las relaciones sexuales, sin una preparación madurativa necesaria para ello.

1.1. Madres, padres y docentes ante el consumo de pornografía: qué sabemos

Los estudios realizados sobre el papel de las familias y docentes ante el consumo de pornografía en jóvenes y adolescentes se han centrado en distintos aspectos. Algunos han señalado la relación existente entre la comunicación con padres y madres y que los y las adolescentes realicen prácticas más seguras. Widman *et al*. (2016) en su estudio realizaron un metaanálisis de 52 artículos que abarcaban 30 años de investigación con una muestra total de 25.314 adolescentes de edad media de 14 años. En este estudio encontraron que una comunicación de padres y madres y adolescentes se relaciona con comportamientos sexuales seguros, como el uso de anticonceptivos y de preservativo. Los efectos eran mayores en la comunicación con las chicas que con los chicos y entre aquellos chicos y chicas que hablaban de sexo con sus madres en comparación con sus padres. Wright *et al.* (2019) encontraron, en una muestra de adolescentes estadounidenses de 14 a 18 años, que el consumo de pornografía y la práctica de sexo sin protección solo se asociaban cuando tanto chicos como chicas tenían poca o ninguna comunicación con sus padres. Grossman *et al.* (2021) exploraron la comunicación de adolescentes sobre sexualidad con la familia extensa, encontrando que en algunas familias todos los miembros se comunican con el adolescente sobre sexualidad, mientras que en otras no se habla de ello o dan mensajes contradictorios. El conflicto familiar y una mala comunicación con la familia se ha relacionado con un consumo mayor de pornografía (Ma y Shek, 2013), mientras que la mediación restrictiva de padres y madres (Ševčíková *et al.,* 2014) y la instalación de software que impida el acceso se han asociado con un consumo menor (Wolak *et al.,* 2007).

Respecto al conocimiento de la industria pornográfica en la actualidad por parte de padres y madres y el abordaje con las y los adolescentes, estudios como el de Ballester *et al.* (2019) han puesto de manifiesto que, en España, desconocen cómo abordarlo con sus hijos e hijas. En el caso del profesorado, Nelson *et al.* (2024) han enfatizado en la necesidad y el deseo del profesorado estadounidense de algunos institutos en incluir educación sobre pornografía en la educación sexual escolar, a pesar de algunas de las resistencias logísticas y políticas que se presentan. Rivas-Koehl *et al.* (2023) señalan que la supervisión de madres y padres y el apoyo de personas adultas en los centros educativos pueden ser dos formas de apoyar un desarrollo sexual saludable en los y las adolescentes.

1.2. El Trabajo Social en educación ante el reto del consumo de pornografía

Todo lo comentado en el apartado anterior responde a la necesidad de buscar respuestas efectivas para que padres, madres y docentes puedan influir en el comportamiento de jóvenes, siguiendo la teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987). En este caso estamos

hablando del microsistema, que es aquel en el que interaccionan la persona y sus contactos directos. En el nivel superior, el mesosistema, es donde se encuadra el trabajo social, en tanto tiene capacidad de incidir sobre la persona y sobre los contactos de esta (familia, escuela, etc.). Por lo tanto, podemos prever que aquellos padres y madres que tengan ciertos conocimientos de la pornografía, sus características y repercusiones diferenciales en chicas y chicos, podrán orientar y aconsejar mejor a sus hijas e hijos. Lo mismo sucede con las y los docentes, pues al tratar directamente a diario, tienen una visión privilegiada y un campo idóneo para aconsejar y guiar a las y los adolescentes. Es en este espacio en el que la figura del trabajo social emerge como uno de los puntos de referencia en el desarrollo de competencias y destrezas a la hora de planificar e intervenir con chicos y chicas. En este sentido, Santos *et al.* (2023) afirman que el trabajo social en educación tiene como principal función guiar a la comunidad educativa, partiendo de sus debilidades y fortalezas y trabajando para resolver las problemáticas a través de un apoyo constante.

Castro y Pérez (2017) señalan algunas de las funciones del trabajo social en el ámbito educativo:

1. *Respecto al alumnado*: *a*) atender situaciones individuales del estudiante que interfieran en su aprendizaje: absentismo, fracaso educativo, desmotivación, problemas relacionales y de comunicación, inadaptación; *b*) percibir conductas conflictivas que perturben la convivencia escolar como el maltrato escolar, acoso o ciberacoso; *c*) detectar desajustes familiares: violencia, malos tratos, desprotección o negligencia familiar, deficiencias de recursos básicos, carencias emocionales, falta de higiene, problemas de alimentación, etc.; *d*) prevenir delincuencia y situaciones de inadaptación; y *e*) facilitar información sobre la situación sociofamiliar del estudiante al centro educativo.

2. *Respecto a las familias*: *a*) potenciar estilos de crianza democráticos, cercanos y comunicativos que promuevan el desarrollo integral de los hijos; *b*) colaborar y desarrollar programas de formación, de apoyo, asesoramiento y de orientación familiar a padres y asociaciones de madres y padres; *c*) favorecer la participación familiar-comunidad educativa en la marcha del centro; *d*) valorar el contexto sociofamiliar de estudiantes con necesidades específicas; *e*) implicar a los padres en la búsqueda de soluciones a los problemas que puedan darse en los distintos niveles formativos; y *f*) fomentar las relaciones familiares entre sí y con el centro educativo.

3. *Respecto al profesorado*: *a*) facilitar formación y asesoramiento en coordinación con el centro educativo para dar respuesta a situaciones conflictivas de estudiantes con dificultades sociales procedentes de su contexto familiar y comunitario; *b*) proporcionar información sociofamiliar de los alumnos; *c*) asesorar sobre aspectos que favorezcan el buen funcionamiento del centro y la integración de alumnos con necesidades educativas especiales; *d*) participar en la orientación familiar que realiza el profesor; y *e*) elaborar información y difundir herramientas y materiales que sean de utilidad al profesorado.

En este sentido, una de las funciones principales es la preventiva, en tanto se puede trabajar para combatir las consecuencias del consumo de pornografía, como la adicción (Ballester-Arnal *et al.,* 2017; Ross *et al.,* 2012), la violencia sexual (Alario, 2021) o el consumo de prostitución (Farley y Donevan, 2021; Gutiérrez y Cuervo, 2023; Torrado y Díaz, 2023).

Por todo lo anteriormente comentado, teniendo en cuenta que la pornografía supone una forma de violencia contra las mujeres (Alario, 2021; DeKeseredy y Corsianos, 2016), que los chicos jóvenes se socializan en esas prácticas y pueden incorporarlas a su vida sexual y querer llevarlas a cabo con sus parejas (Abalo-Rodríguez *et al.,* 2023; Rothman *et al.,* 2015), y que el papel de las familias y docentes en la socialización de chicas y chicos jóvenes es crucial para su desarrollo en valores igualitarios y coeducativos (Torrado *et al.,* 2024), parece necesario conocer los discursos que tienen estos últimos sobre el consumo de pornografía de jóvenes y adolescentes en la actualidad.

2. MÉTODO

Este trabajo parte de un estudio descriptivo y transversal, con una metodología cualitativa centrada en la técnica de grupos de discusión, con el objetivo de generar un debate de grupo, donde el equipo investigador estimula la interacción del grupo y está atento a ella (Barbour, 2013). Se seleccionó esta técnica por su eficiencia y porque permite obtener una gran cantidad de información con profundidad (Aguilar, 2013).

2.1. Procedimiento e instrumento

Los resultados de este estudio parten de una investigación realizada en la isla de Tenerife (Torrado *et al.,* 2021) bajo el encargo técnico del Cabildo Insular de Tenerife en el año 2020. Debido a la COVID-19, el trabajo se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo de 2021 y debido a las medidas sanitarias aún existentes, los grupos de discusión se desarrollaron de forma telemática a través de la plataforma Google Meet. Se realizaron un total de cuatro grupos de discusión, que fueron grabados y transcritos previo consentimiento informado de las personas participantes. No se realizaron más grupos de discusión por la saturación del discurso (Pujadas *et al.,* 2010), es decir, las personas participantes, tanto padres y madres como docentes, exponían una reiteración de afirmaciones.

La duración media de los grupos de discusión fue de 1 hora y 30 minutos, y el tamaño de los grupos osciló entre 5 y 10 personas, habiendo en todos representantes del AMPA y del profesorado, mujeres y hombres, salvo un grupo en el que solo había mujeres. Con el fin de anonimizar la participación de cada una de las personas, a cada participante se le asignó la letra E de entrevista y un número, por lo que las personas que participaron tienen cada una un código que va desde E1 a E30, y es de esta forma como se citarán en los resultados.

Se diseñó un guión con cuatro preguntas de partida: 1) el consumo de pornografía en edades tempranas; 2) la educación afectivo sexual e incidencia de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC); 3) relación del consumo de pornografía con la violencia machista; y 4) posición ante la pornografía y alternativas de futuro.

2.2. Participantes

En la investigación participaron un total de 30 personas, de las cuales 10 eran representantes de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnado (AMPAS) y 20 eran docentes de centros de enseñanza secundaria. El 70% de las participantes eran mujeres, 12 docentes y 9 representantes del AMPA, el 30% restante eran hombres, 8 docentes y 1 representante del AMPA.

Los requisitos de inclusión de docentes en el estudio fue que realizaran su trabajo en centros de referencia de la isla de Tenerife, mientras que para las y los representantes del AMPA era que sus hijas o hijos se encontrasen en situación de matrícula durante ese curso.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentan algunos de los resultados de los grupos de discusión según los cuatro bloques de discusión propuestos. En el primer bloque sobre el consumo de pornografía en edades tempranas, algunas madres participantes indicaron no conocer cómo es la pornografía en la actualidad (E1, E9) pero la mayoría de madres y docentes admitieron conocer el formato actual de la pornografía (E2, E3, E4, E5, E6), y su funcionamiento. De hecho, algunas madres señalaban haber accedido a sus contenidos personalmente con el fin de comprobar la facilidad de acceso (E1, E2). En general, los participantes reconocen que existe facilidad para el acceso y un estímulo social para el consumo, a pesar de que es un tema del que no se habla generalmente en las casas:

> Actualmente con el libre acceso a internet [...] está la pornografía mucho más a mano a todo tipo de edades, por eso pienso que se debe haber incrementado en edades más tempranas este consumo [...] he accedido a páginas de pornografía para ver si realmente es fácil hacerlo, y sí, efectivamente, es bastante fácil acceder, no tienes que tener grandes conocimientos digitales para acceder a eso (E16).

Respecto a la edad de inicio del consumo, se constata que este acceso a la pornografía se produce desde una edad muy temprana (E7, E8 y E12), lo que ha facilitado el acceso. Algún docente (E7) señalaba que desde los primeros cursos de primaria ya consumen pornografía y es mayor en los niños que en las niñas (E16):

> En nuestra época teníamos las revistas, hoy en día es más fácil acceder porque tienen sus propios móviles, tienen sus *tablets*, entran en sus habitaciones y cierran la puerta...creo que es la curiosidad lo que les pica, a la mayoría de los niños más que a las niñas (E16).

También se apuntó a una diferencia de contenidos según sexos, pues a ellos les interesan unas prácticas sexuales diferentes a las de ellas, y esto se refleja en la naturaleza de las búsquedas que realizan en las páginas web de contenido sexual (E10).

El segundo eje temático que se abordó fue la educación afectiva sexual e incidencia de las TIC. A este respecto, la mayoría de las personas consideraba que la educación afectiva y sexual ofertada por los centros de enseñanza era deficiente. Además, van más allá, ya que la mayoría consideraban que esta carencia educativa era uno de los motivos por los que los jóvenes se inician en el consumo. Se dio un consenso general en que la educación afectiva y sexual no solamente debía mejorar sino estar presente en todas las etapas del ciclo de la vida de los y las adolescentes. Dicho esto, algunos participantes (E7, E12) manifestaban que la impartición de esta formación debería estar a cargo de profesionales con una especialización en educación sexual:

> [...] de manera transversal, debe de estar en el currículo, en todas las materias y de una forma visible (E-11).

> Que se dé por especialistas pero que se dé como una asignatura más, no una charla al año, sino que sea más presente en su evolución del aprendizaje. No digo que tenga nivel de lengua pero que sea como una especie de Educación Cívica (E-4).

Las personas que participaron en estos grupos, consideraban además que los centros de enseñanza deberían ofrecer una educación continua que respetase las etapas evolutivas de los y las jóvenes y adolescentes y no charlas puntuales y esporádicas sobre temas concretos (E16, E18, E19, E22):

> [...] Estamos combatiendo con empresas dedicadas al porno, que tienen fuertes departamentos de investigación...vamos a remolque de esto porque el objetivo de las empresas es vender...en la actualidad la situación es internet, es gratis el acceso y es indiscriminado, por eso de alguna manera tenemos que poner algunas barreras de contención, de discriminación positiva, educativa, porque a veces, la parte de la familia está descolgada (E-19).

Finalmente, y en cuanto a la impartición de la educación afectivo-sexual en las aulas, se manifestó que existe miedo entre el personal docente a impartir este tipo de contenidos por las quejas y desconfianza de las familias del alumnado (E-7, E-8 y E-12).

El tercer bloque tratado fue la relación entre consumo de pornografía y violencia machista. De forma mayoritaria, las personas participantes consideraban que la violencia contra las mujeres tenía un vínculo con el consumo de pornografía, reproduciendo lo que visualizan en sus relaciones sexuales con sus iguales, porque ante el déficit de educación sexual, el porno es la referencia (E1, E2, E3, E4, E6):

> Para mí es un rotundo sí que la violencia machista va vinculada al consumo de la pornografía. Tiene que ver lo que ven o lo que idealizan con las páginas porno, con el tema luego de relacionarse, de relaciones heterosexuales..., sobre todo por parte de los hombres, idealizas una relación, idealizas las relaciones sexuales, y al final, es dominación del hombre sobre la mujer...dejarte manipular, dejarte pegar...influye bastante en lo que puede ser una relación, y más, si no tienes ningún tipo de educación sexual...o sea, para ti esa va a ser como la realidad, es lo que ves y lo que vas a llevar a cabo en tus relaciones [...] (E17).

Ese vínculo entre consumo habitual de pornografía y violencia contra las mujeres, tiene relación, según la mayoría de las personas participantes, por los modelos que imponen de dominación, cosificación e hipersexualización de las mujeres, lo que permite que aquellos jóvenes que visualizan porno, tiendan a confundir el sexo con la violencia y en consecuencia a erotizar la violencia:

> No me baso en datos objetivos, pero quien consume habitualmente pornografía ve a las mujeres de una manera, como un objeto a las que cosifica. Hacen el acto sexual con bastante agresividad (E5).

> Es adicciones a la pornografía del hombre. El hombre como macho alfa que domina y la mujer sumisa que obedece. Podría haber relación, aunque depende de cómo se consuma, es decir, si es puntual o por diversión o pasar el rato o un modelo a seguir (E3).

Otro de los aspectos discutidos en este eje temático fue considerar que no solo la pornografía puede ser la generadora de esos roles sexuales que estereotipan a mujeres y hombres y que ofrecen estos productos en concreto. Señalaban, también, que productos culturales como la música, los videojuegos o los medios de comunicación cumplen este papel, haciendo un marcado énfasis en la sexualización o pornificación de la sociedad:

> Es toda una red y es toda una propaganda, a través de todas las vías de comunicación posible y eso, evidentemente, nos lleva a pensar que detrás hay una macroempresa interesada en que esto siga siendo como es (E9).

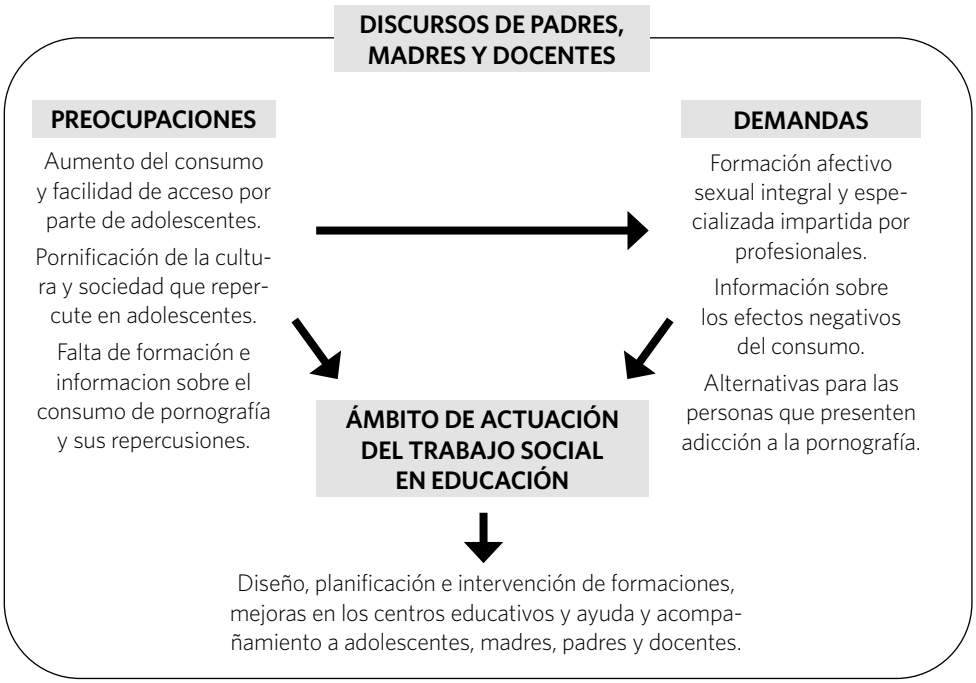
En cuanto al tema de la posición ante la pornografía y las alternativas de futuro, existía un consenso mayoritario en la necesidad de implementar una formación afectiva y sexual continua y especializada. Algunas consideraban que más que prohibir la pornografía, era necesario implementar herramientas de control y regulación, como ha hecho Francia, evitando que los menores puedan acceder a páginas porno y sancionar a las empresas que lo incumplan (E2, E3, E5, E20). En definitiva, padres, madres y docentes, plantearon como principal alternativa para la prevención del consumo de pornografía una implicación de todos los poderes públicos en esa formación afectivo sexual, no solo el ámbito educativo:

> [...] para avanzar y poder hablar de la sexualidad libremente, con naturalidad, con educación y transparencia, para que esto llegue, no podemos esperar solo por los padres...para eso está la educación pública, preparar a los docentes, que sea una materia [...] (E1).

Varios docentes expusieron la necesidad de fomentar las sinergias entre el personal docente y las familias (E8), una formación del profesorado sobre educación afectivo-sexual (E7, E9) y, finalmente, desmontar los tabúes en cuanto al sexo para vivirlo de una forma más positiva y sana (E13). Ante esto, varios docentes coincidieron en que el profesorado estaba sometido a cierta presión para abordar estas cuestiones, a pesar de estar preocupados. Esta presión, en muchos casos se debía a posibles denuncias por parte de padres y madres que podrían considerar impropio que estos temas se aborden desde la escuela (E1, E3, E4):[...] a veces tienes un poco de miedo...nunca puedes entrar a opinar, sino promover el debate, y tú mantenerte al margen, porque por cualquier cosa te pueden acusar de adoctrinamiento...da un poquito de reparo [...] (E3).

En la Figura 1 se recogen las principales preocupaciones y demandas compartidas por las familias y el profesorado, así como su relación con el trabajo social en tanto campo de intervención con ambos colectivos.

Figura 1. Principales discursos de preocupación y demandas de madres, padres y docentes y relación con el Trabajo Social en Educación.



4. DISCUSIÓN

Este estudio ha pretendido conocer los discursos de madres, padres y docentes en relación al consumo de pornografía en adolescentes y jóvenes. En este sentido, los resultados obtenidos indican que a ambos grupos les preocupan temas comunes y demandan aspectos similares. En primer lugar, en relación al consumo de pornografía en edades tempranas, tanto las familias como el profesorado han mostrado su preocupación ante el descenso en la edad del consumo y el cada vez mayor acceso a contenidos pornográficos. Por lo tanto, han mostrado ser conscientes del fenómeno actual que supone el consumo de pornografía, que está teniendo unas repercusiones en los comportamientos sexuales de jóvenes y adolescentes (Wright *et al.,* 2019). Que ya sean conscientes de esta realidad es un hecho que puede facilitar las intervenciones llevadas a cabo desde el trabajo social educativo, en tanto no supondrán un obstáculo en dichas intervenciones sino un apoyo que poder tener en cuenta.

El segundo eje hace referencia a la educación afectivo sexual e incidencia de las TIC y el cuarto a la posición ante la pornografía y alternativas de futuro. Como se ha expuesto anteriormente, familias y docentes coinciden en la necesidad de establecer una formación especializada impartida por profesionales expertos en educación sexual. A pesar de esto, y coincidiendo con varios discursos que han expuestos las y los docentes en los grupos de discusión, Nelson *et al.* (2024) han señalado algunas barreras que pueden impedir esto, y pueden ser logísticas o políticas. Este

último punto tiene especial relevancia, pues es quizás uno de los aspectos que debe mejorarse en nuestro país de cara a poder ofrecer una educación afectiva y sexual transversal y que tenga el foco en todas las etapas del ciclo educativo. Esto favorecería la labor de trabajadoras y trabajadores sociales en tanto una mejora de las condiciones del sistema educativo es más favorable de cara al diseño de intervenciones.

Respecto a la relación del consumo de pornografía con la violencia machista, las personas participantes en los grupos de discusión están en lo cierto al afirmar que los diferentes productos culturales como la música, los videojuegos, las series, etc., ejercen una influencia en la sexualización de jóvenes y adolescentes, tal como han planteado, entre otras, Favaro y De Miguel (2016). Además de esto, considerar la violencia contra las mujeres como una de las repercusiones del consumo de pornografía, es asumir que, efectivamente, la pornografía transmite una serie de mensajes, como ha señalado Alario (2021), que erotizan la humillación, el desprecio y en general la violencia sexual contra las mujeres. Este es un aspecto diferencial a tener en cuenta en el diseño de formaciones e intervenciones que se lleven a cabo, pues supone entender que la pornografía es un producto protagonizado por mujeres y dirigido a los hombres (Cobo, 2020).

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan nueva información sobre las percepciones y opiniones de madres, padres y docentes sobre el consumo de pornografía en adolescentes. Esta información es relevante de cara al diseño, planificación e intervención de acciones desde el trabajo social educativo con adolescentes, sus familiares y con los equipos docentes de los centros educativos, en tanto da cuenta de la actualidad del argumentario de quienes educan y trabajan a diario con las y los adolescentes. Indudablemente, la práctica del trabajo social depende en gran medida de la política social y modelo de estado del bienestar que exista en cada país, esto es, siguiendo a Bronfenbrenner (1987), el macrosistema. No obstante, estudios como este evidencian que no solo es necesario continuar la investigación en un problema tan actual como este, sino concienciar y sensibilizar desde un punto de vista político de cara a un cambio en la política educativa. Algunos ejemplos de esto, como señalan Torrado *et al.* (2024), pueden ser establecer un currículum coeducativo transversal y una educación sobre los efectos diferenciales que tiene la pornografía en chicos y chicas. En este sentido, Crabbe y Flood (2021) han señalado que esta educación debe ser un apoyo para que las y los jóvenes evalúen de forma crítica y puedan responder a la creciente influencia de la pornografía, minimizando sus daños y desarrollando unos valores para que puedan tener unas relaciones sexuales seguras, respetuosas, mutuamente placenteras y consentidas.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser mencionadas. En primer lugar, recordar que la obtención de los datos se realizó de forma virtual a través de Google Meet durante las restricciones sanitarias debido al COVID-19. Por otro lado, solo un hombre representante del AMPA participó en los grupos de discusión, a pesar de que se trató de que lo hicieran. Se considera esto como limitación en tanto que disponer de más visiones de padres podría enriquecer el estudio con sus perspectivas, lo que debería tenerse en consideración al realizar futuros estudios.

5. CONCLUSIONES

El objetivo general de esta investigación fue conocer las opiniones y percepciones de madres, padres y docentes acerca del consumo de pornografía en adolescentes. Para lograrlo, se realizaron grupos de discusión en los que los temas tratados fueron: 1) el consumo de pornografía en

edades tempranas; 2) la educación afectivo sexual e incidencia de las TIC; 3) relación del consumo de pornografía con la violencia machista; y 4) posición ante la pornografía y alternativas de futuro.

En este estudio se constata la importancia, al igual que en otros estudios realizados (Torrado *et al.,* 2024; Widman *et al,* 2016; Wright *et al*., 2019), de que la formación y la comunicación son aspectos fundamentales en el abordaje del consumo de pornografía desde la comunidad educativa, y así lo demandan docentes, madres y padres. Aspectos como trabajar la educación afectivo sexual con las familias y docentes, vencer reticencias, fomentar la transparencia en la información, que esta sea especializada y científica o vencer tabúes facilitarán el poder trabajar con jóvenes y adolescentes para que no eroticen la violencia que consumen en la pornografía, y que, si terminan consumiendo, que dispongan de una conciencia crítica que les haga ser capaces de identificar dicha violencia y no reproducirla.

En este sentido, el trabajo social, como disciplina y ciencia social que es, tiene un papel fundamental para contribuir al abordaje de esta problemática. A pesar de que estudios como el de Quiroz y Sepúlveda (2016) han destacado la importancia del trabajo social en la intervención socio educativa de la educación sexual, se trata de un ámbito que no tiene amplios precedentes de estudio en la literatura científica en español (Rodríguez y Fondo, 2019). Por lo tanto, en este campo se abre un abanico de intervenciones y posibilidades de investigación desde el trabajo social para formar, informar, diseñar y planificar acciones que apoyen al profesorado y a las familias a tratar el consumo de pornografía con sus hijas e hijos, alumnos y alumnas.

6. FUENTES DE FINANCIACIÓN

Trabajo cofinanciado por la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información de la Consejería de Universidades, Ciencia e Innovación y Cultura y por el Fondo Social Europeo Plus (FSE+) Programa Operativo Integrado de Canarias 2021-2027, Eje 3 Tema Prioritario 74 (85%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abalo-Rodríguez, I., Alario, M., Andrés-López, N., Arévalo Saiz, L., Gálvez-Delgado, E. y Pardo-Cebrián, R. (2023). «El consumo de pornografía en varones heterosexuales como contexto de aprendizaje». *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (15), 5–35. https://doi.org/10.15366/jfgws2023.15.001

Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y metodología*. España: Paraninfo.

Alario, M. (2021). *Política sexual de la pornografía: Sexo, desigualdad, violencia*. Barcelona, España: Cátedra.

Ballester, L. y Orte, C. (2018). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Ediciones Octaedro.

Ballester, L., Orte, C. y Pozo, R. (2019). «Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales de adolescentes y jóvenes». En L. Ballester, C. Orte y R. Pozo (eds.), *Vulnerabilidad*

y resistencia: Experiencias investigadoras en comercio sexual y prostitución (pp. 249-284). Palma, Spain: Universitat de les Illes Balears.

Ballester, L., Orte, C. y Rosón, C. (2022). «A survey study on pornography consumption among young Spaniards and its impact on interpersonal relationships». *Net Journal of Social Sciences, 10*(3), https://doi.org/10.30918/NJSS.103.22.022

Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., y Gil-Julia, B. (2017). «Cybersex Addiction: A Study on Spanish College Students». *Journal of sex y marital therapy*, *43*(6), 567-585. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208700

Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Burtăverde, V., Jonason, P. K., Giosan, C., y Ene, C. (2021). «Why Do People Watch Porn? An Evolutionary Perspective on the Reasons for Pornography Consumption». *Evolutionary psychology: an international journal of evolutionary approaches to psychology and behavior*, *19*(2), 14747049211028798. https://doi.org/10.1177/14747049211028798

Castro, C. y Pérez, J. (2017). «El Trabajo Social en el entorno educativo español». *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (22), 215-226. https://doi.org/10.20932/barataria.v0i22.309

Cobo, Rosa. (2020). *Pornografía. El placer del poder*. Barcelona, España: Ediciones B.

Colom, S., Lorente-De-Sanz, J., Ballester Brage, L. y Aznar-Martínez, B. (2024). «Acceso, consumo y consecuencias del consumo de pornografía entre adolescentes: nuevos retos para la educación afectivo-sexual». *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, *44*, 161-175. https://doi.org/10.7179/PSRI_2024.44.09

Crabbe, M., y Flood, M. (2021). «School-Based Education to Address Pornography's Influence on Young People: A Proposed Practice Framework». *American Journal of Sexuality Education*, *16*(1), 1-37. https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1856744

DeKeseredy, W. y Corsianos, M. (2016). *Violence against women in pornography*. New York, NY: Routledge.

Díaz, C., Torrado, E. y Gutiérrez, J. (2023). «The Consumption of Pornography in Adolescents and Young People: A Gender Perspective Analysis of the Characteristics and Profiles of Consumers». *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* (15), 36-55. https://doi.org/10.15366/jfgws2023.15.002

Farley, M. y Donevan, M. (2021). «Reconnecting Pornography, Prostitution, and Trafficking: "The experience of being in porn was like being destroyed, run over, again and again"». *ATLÁNTICAS - Revista Internacional de Estudios Feministas*, *6*(1), 30-66. https://dx.doi.org/10.17979/arief.2021.6.1.7312

Favaro, L. y De Miguel, A. (2016). «¿Pornografía feminista, pornografía antirracista y pornografía antiglobalización? Para una crítica del proceso de pornificación cultural». *Labrys*, 29. https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/23948/1/Critica%20pornificacion.pdf

Franc, E., Khazaal, Y., Jasiowka, K., Lepers, T., Bianchi-Demicheli, F., y Rothen, S. (2018). «Factor structure of the Cybersex Reasons Questionnaire». *Journal of Behavioral Addictions*, *7*, 601-609. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.67

Fritz, Niki, Malic, Vinny, Paul, Bryant y Zhou, Yanyan. (2020). «A Descriptive Analysis of the Types, Targets, and Relative Frequency of Aggression in Mainstream Pornography». *Archives of sexual behavior*, *49*(8), 3041-3053. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01773-0

Grossman, J. M., Pearce, N. y Richer, A. M. (2021). «The Family System of Sexuality Communication: Extended Family Perceptions of Adolescent–Family Talk about Sex, with Sibling and Non-Sibling Comparison». *Sexes*, *2*(1), 1-16. https://doi.org/10.3390/sexes2010001

Gutiérrez, A., y Cuervo, A. (2023). «Links Between Pornography Consumption and Demand for Prostitution. Evidence from Academia and Activism». *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, *12*(2), 142-162. http://dx.doi.org/10.17583/generos.11944

Lim, M. S. C., Agius, P. A., Carrotte, E. R., Vella, A. M., y Hellard, M. E. (2017). «Young Australians' use of pornography and associations with sexual risk behaviours». *Australian and New Zealand journal of public health*, *41*(4), 438-443. https://doi.org/10.1111/1753-6405.12678

Ma, C. M., y Shek, D. T. (2013). «Consumption of pornographic materials in early adolescents in Hong Kong». *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, *26*(3 suppl.), S18-S25. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.03.011

Miller, D., McBain, K., Li, W. y Raggatt, P. (2019). «Pornography, preference for porn-like sex, masturbation, and men's sexual and relationship satisfaction». *Personal Relationships*, *26*(1), 93-113. https://doi.org/10.1111/pere.12267

Nelson, K. M., Campbell, J. K., Rahimian, A. N., Frieson, T. M., Moslander, D. E., Victoria E. Richardson, V. E., y Rothman, E. F. (2024). «"We're All Still Learning About How to Talk About Porn": Teacher and Administrator Perspectives About Inclusion of Education About Pornography in Massachusetts High School Sex Education Programs». *Sexuality Research and Social Policy*. https://doi.org/10.1007/s13178-024-00944-1

Peter, J., y Valkenburg, P. M. (2016). «Adolescents and pornography: A review of 20 years of research». *Journal of Sex Research*, *53*(4-5), 509–531. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1143441

Pujadas, J., Comas, D., y Roca, J. (2010). *Etnografía*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Quiroz, S. y Sepúlveda, P. (2016). «Importancia del trabajo social en la intervención socio-educativa de la educación sexual». *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, *11*(1), 456-466. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6202878

Rivas-Koehl, M., Valido, A., Espelage, D. L., y Lawrence, T. I. (2023). «Adults and Family as Supportive of Adolescent Sexual Development in the Age of Smartphones? Exploring Cybersexual Violence Victimization, Pornography Use, and Risky Sexual Behaviors». *Archives of sexual behavior*, *52*(7), 2845-2857. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02618-2

Rodríguez, L., y Fondo, T. (2019). «Trabajo social y sexualidad. Un análisis desde la producción científica indexada». *Revista Sexología y Sociedad, 25*(2). https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/665

Ross, M. W., Månsson, S. A., y Daneback, K. (2012). «Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women». *Archives of sexual behavior*, *41*(2), 459-466. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9762-0

Rothman, E. F., Beckmeyer, J. J., Herbenick, D., Fu, T. C., Dodge, B., y Fortenberry, J. D. (2021). «The Prevalence of Using Pornography for Information About How to Have Sex: Findings from a Nationally Representative Survey of U.S. Adolescents and Young Adults». *Archives of sexual behavior*, *50*(2), 629-646. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01877-7

Rothman, E., Kaczmarsky, C., Burke, N., Jansen, E. y Baughman, A. (2015). «"Without porn…I wouldn't know half the things I know now": A qualitative study of pornography use among a sample of urban, low-income, black and Hispanic youth». *Journal of Sex Research*, *52*(7), 736-46. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.960908

Rothman, E., y Adhia, A. (2015). «Adolescent Pornography Use and Dating Violence among a Sample of Primarily Black and Hispanic, Urban-Residing, Underage Youth». *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, *6*(1), 1. https://doi.org/10.3390/bs6010001

Santos, V. P., Naranjo Pinela, T. C., Cedillo Romero, E. C., y Mayanza Paucar, Olga Alicia (2023). «Acción del Trabajador Social en el ámbito educativo». *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, *7*(27), 315-329. https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v7i27.517

Save the Children (2020). *(Des)Información Sexual: Pornografía y Adolescencia*. Save the Children España. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/202009/6.DesinformacionSexual_AnexoEUSKADI_CAS.pdf

Ševčíková, A., Šerek, J., Barbovschi, M., y Daneback, K. (2014). «The roles of individual characteristics and liberalism in intentional and unintentional exposure to online sexual material among European youth: A multilevel approach». *Sexuality Research and Social Policy*, 11(2), 104–115. https://doi.org/10.1007/s13178-013-0141-6

Torrado, E. y Díaz, C. (2023). «Distopías patriarcales: análisis de la industria para la explotación sexual». En A. Gutiérrez (coord.), *Una mirada interdisciplinar hacia las violencias sexuales,* (201-211). Octaedro.

Torrado, E., Díaz, C., y Cabrera, A. (2024). «Pornografía vs coeducación: un abordaje necesario ante el incremento del consumo pornográfico en adolescentes y jóvenes». *Revista Española de Educación Comparada*. [Artículo en proceso de publicación].

Torrado, E., Gutiérrez, J., Romero, Y. y González, A. (2021). *Consumo de pornografía y sexualidad en adolescentes y jóvenes de 16 a 29 años. Informe final*. Cabildo Insular de Tenerife, Universidad de La Laguna.

Weber, M., Quiring, O. y Daschmann, G. (2012). «Peers, Parents and Pornography: Exploring Adolescents' Exposure to Sexually Explicit Material and Its Developmental Correlates». *Sexuality y Culture*, *16*(4), 408-427. https://doi.org/10.1007/s12119-012-9132-7

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., y Garrett, K. (2016). *Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior. JAMA Pediatrics, 170*(1), 52. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731

Wolak, J., Mitchell, K., y Finkelhor, D. (2007). «Unwanted and wanted exposure to online pornography in a national sample of youth Internet users». *Pediatrics*, *119*(2), 247-257. https://doi.org/10.1542/peds.2006-1891

Wright, P., Herbenick, D. y Paul, B. (2019). «Adolescent Condom Use, Parent-adolescent Sexual Health Communication, and Pornography: Findings from a U.S. Probability Sample». *Health Communication*, *35*(13), 1576-1582. https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1652392

Wright, P., Sun, C., Steffen, N. y Tokunaga, R. (2014). «Pornography, Alcohol, and Male Sexual Dominance». *Communication Monographs*, *82*(2), 252-270. https://doi.org/10.1080/03637751.2014.981558



PROPUESTA DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA PARA TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIOS

PROPOSAL FOR DIAGNOSTIC CODING FOR HEALTH CARE SOCIAL WORKERS

Francisca Rodríguez Almodóvar
Agustina Crespo Valencia
Pilar Gómez Viejo
Rosa Gutiérrez Barreno
Leta Loro Navarro
Esther Martín Susilla
Adela Ortega Ortega

Resumen: Este trabajo es una propuesta de codificaciones diagnósticas de variables psicosociales y sociales para ser utilizada por las/os trabajadoras/es sociales del ámbito sanitario. Se propone como una posible herramienta de trabajo que facilite el análisis, evaluación e intervención de las áreas afectadas en cada persona dentro de cada proceso de salud-enfermedad, ya que esto nos permitiría codificar los determinantes sociales que afectan a los diferentes procesos asistenciales en salud.

Palabras Clave: Trabajo Social Sanitario; Diagnóstico Social Sanitario; Codificación Social Sanitaria.

Abstract: This paper is a proposal for diagnostic coding of psychosocial variables to be used by social workers in the health field. It is proposed as a possible work tool that facilitates the analysis, evaluation and psychosocial intervention of the affected areas in each person within each health-disease process. It would allow us to codify the social determinants that affect the different health care processes.

Keywords: Health Social Work; Social health diagnosis; Health social coding.

Referencia normalizada: Rodríguez, F., Crespo, A., Gómez, P., Gutiérrez, R., Loro, L., Martín, E., Ortega, A. (2025) Propuesta de codificación diagnóstica para trabajadoras/es sociales sanitarios. *Trabajo Social Hoy 104*(1), 23-44. Doi: 10.12960/TSH.2025.0012

Correspondencia: Agustina Crespo Valencia. *Email*: cresvagus@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

Esta propuesta es el resultado de varios años de trabajo y debate colaborativo, de un grupo de trabajadoras sociales sanitarias que desempeñan o han desempeñado su trabajo en diferentes servicios sanitarios de atención especializada.

Hace un tiempo, un grupo de trabajadoras sociales nos planteamos la posibilidad de diseñar una herramienta, de forma autónoma; que nos permitiera codificar las distintas variables psicosociales relacionadas con diferentes ámbitos de la vida de las personas que podían interferir en los procesos de salud/enfermedad, y que permitiera a las y los profesionales del Trabajo Social concretar la elaboración del Diagnóstico Social Sanitario.

Durante años nos reunimos de forma periódica, adoptando un enfoque de modelo deliberativo, con lectura comentada sobre la bibliografía consultada que nos permitió llegar a un consenso sobre diferentes variables psicosociales vinculadas con las competencias de la nuestra disciplina en el ámbito sanitario. Todo ello con el objetivo de consensuar las variables y diseñar una codificación para la elaboración del Diagnóstico Social Sanitario.

Con este trabajo proponemos una definición de variables cualitativas (necesidades) y su correlación con unos códigos numéricos; que nos permitan conceptualizar las áreas que causan diferentes problemáticas en el funcionamiento de las personas que están en un proceso de salud-enfermedad, permitiendo así conceptualizarlas y darles un valor numérico al Diagnóstico Social Sanitario. De esta manera podemos reflejar las necesidades de la persona, destacar sus potencialidades, los riesgos sociales ocasionados por el proceso de salud-enfermedad, las áreas de intervención en relación a la persona, su familia y su comunidad, y a la vez establecer perfiles diagnósticos desde el Trabajo Social para determinados procesos de salud.

Esta codificación cuantitativa nos servirá de base para el estudio de los determinantes sociales en cada proceso de salud-enfermedad, permitiendo así el desarrollo de la investigación desde el Trabajo Social Sanitario.

Para el desarrollo de esta propuesta y la elaboración de este trabajo, se han tomado como referencia lecturas realizadas de diferentes autores que han teorizado a lo largo de la historia del Trabajo Social, sobre el Diagnóstico Social, entre las que encontramos a:

Mary Ellen Richmond (1861-1928), pionera de la disciplina del Trabajo Social, la descripción y definición exacta de la misma la enfoca a la situación social de una persona, que está vinculada con su personalidad y nos permitiría hacer un análisis interpretativo de las dificultades de cada individuo para poder organizar la intervención social.

Para la autora, este es el proceso dialógico y narrativo que conlleva recoger información, elaborarla, sistematizarla, analizarla e interpretarla; con dos objetivos fundamentales: definir, tanto «la situación» como «las características» del individuo que requiere la intervención del Trabajo Social, y actuar sobre la situación generadora de malestar biopsicosocial para promover un cambio (Richmond, 2005, 2022).

Amy Gordon Hamilton (1892-1967), prestigiosa docente del Trabajo Social, reconocía la importancia de lo psicosocial como elemento fundamental para el Trabajo Social. Interpelaba a la necesidad de estudiar el medio ambiente del individuo, de su situación, de sus pautas de adaptación y patologías asociadas, que unido a las actitudes del mismo y de su familia nos permiten relacionar lo emergente con la solicitud de ayuda realizada y la capacidad de adaptación para plantear la intervención (Hamilton,1974).

Natalio Kisnerman (1929-2006), pionero en temas de salud pública y Trabajo Social con grupos. Para este autor, el dictaminar un Diagnóstico Social entraña realizar un estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la enfermedad y sus consecuencias sociales, identificando lo que estas están afectando al proceso de salud y valorar qué intervención y recursos serían los más adecuados (Kisnerman, 1981).

Ezequiel Ander-Egg (1930-2024), este autor hace referencia a la necesidad de realizar un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas (Ander-Egg, 1982, 2010).

Dolors Colom, de sus escritos se puede deducir que el Diagnóstico Social se apoya tanto en los factores sociales y como sanitarios, que conforman el perímetro del Caso Social Sanitario (Colom, 2008, 2012).

Eva María Garcés, indica que el Diagnóstico Social es un proceso continuo y dialógico de elaboración y sistematización de la información, siendo para ella, una síntesis, interpretación y evaluación de cada situación social (Garcés, 2016).

Nuestra disciplina, en el ámbito sanitario, tiene como objeto la intervención psicosocial en los contextos sociosanitarios en los que se ve involucrada la ciudadanía, atendiendo a diferentes etapas de la enfermedad, su afectación y el sufrimiento social que conlleva para el sujeto mismo y su sistema de pertenencia (familia y allegados).

Cada persona es única, cada proceso de intervención es único y dinámico. En él influyen factores biopsicosociales diversos, con incidencias y capacidades de respuesta diferentes en el proceso salud/enfermedad. El/la trabajador/a social debe identificar, evaluar y diagnosticar la situación de la persona, familia y entorno, teniendo en cuenta sus potencialidades y fortalezas para elaborar un proyecto de intervención psicosocial que favorezca su calidad de vida.

El análisis de todos esos factores constituye *el Objeto del Diagnóstico Social Sanitario*. Su conceptualización narrativa permite reflejar la realidad de la persona y de sus necesidades psicosociales para establecer, junto con el individuo, de forma consensuada y participativa, las áreas de intervención individual, familiar y comunitaria. También debe contemplar acciones necesarias para capacitar a la persona, familia y comunidad sobre temas de salud, fomentando de esa manera su participación activa y su conversión en agentes de salud.

Los Códigos no constituyen en sí mismos el Diagnóstico Social. Son una herramienta de trabajo que utilizará el/la trabajador/a social y que permitirá registrar y visualizar los determinantes psicosociales que pueden influir en el proceso de salud-enfermedad, así como, conceptualizar los posibles factores de vulnerabilidad, riesgo y/o exclusión social que incidan en los diferentes procesos de salud.

Hemos encuadrado las circunstancias psicosociales, familiares y comunitarias que requieren intervención social sanitaria, así como, sus repercusiones en la salud, en las necesidades de apoyos sociosanitarios para intervenir desde el Trabajo Social, en favor de la recuperación, el seguimiento continuado y/o el alta en los procesos de tratamiento desde un modelo biopsicosocial con una visión holística de la persona.

Esta codificación complementa al Diagnóstico Social Sanitario nominal y narrativo centrado en la persona. Tiene un carácter estructural y procesual, por tanto, puede y debe ser evaluable, modificable y/o enriquecido con escalas sociales.

La valoración del trabajador/a social y su Diagnóstico Social aportan un complemento diferenciador al diagnóstico médico, permitiendo incluir determinantes sociales que afectan a la epidemiología, factores de vulnerabilidad, riesgo social y/o exclusión social. Elementos, todos ellos, a tener en cuenta en el trabajo del equipo interdisciplinar y en la planificación de las Políticas Sanitarias.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo se desarrolló mediante un diseño cualitativo, de tipo participativo y colaborativo, fundamentado en la metodología de investigación-acción. Se conformó un grupo de trabajo integrado por siete profesionales del Trabajo Social Sanitario con experiencia en distintos dispositivos de atención especializada del Sistema Nacional de Salud.

La realización de este documento, ha requerido de las siguientes pautas de trabajo:

- Reuniones del grupo de trabajo en las que se han analizado, debatido y consensuado las variables utilizadas para este documento, con un modelo de trabajo deliberativo.

- Revisiones bibliográficas, normativas y de leyes vinculantes.

- Análisis y revisión de diversos documentos utilizados por distintas unidades de Trabajo Social hospitalarias a nivel nacional.

- Revisión externa de la totalidad del documento por expertos en Trabajo Social Sanitario.

En cuanto a los objetivos del estudio, la formulación de los códigos se diseña para organizar un instrumento que permita:

- Ser un registro común para las/los trabajadoras/es sociales de Atención Especializada unificando conceptos y descripciones.

- Sistematizar la recogida de variables de tal forma que puedan ser cuantificadas las problemáticas y explotados los datos.

- Determinar las áreas de intervención psicosocial y social en salud a nivel individual.

- Identificar los recursos sociales y de acompañamiento social necesarios para la intervención social en salud.

- Analizar y evaluar la causa-efecto que permita identificar problemas sanitarios y sociosanitarios a nivel comunitario.

Por consiguiente, la implantación digital de dicha codificación y la posibilidad de interpretación de los datos registrados en la historia social, permitirá analizar y evaluar qué determinantes psicosociales pueden estar influyendo en los procesos salud/enfermedad de la población o que puedan ser determinantes en los procesos de recuperación, prevención y promoción de la salud y su bienestar psicosocial.

A continuación, se presenta una guía/manual de variables que permita la codificación de los diagnósticos sociales alrededor de la problemática social, el desconocimiento de la red de recursos y prestaciones, dificultades sociofamiliares, dificultades en el ámbito laboral, dificultades económicas, dificultades en la vivienda y el entorno, dificultades relacionadas con educación y formación, dificultades relacionadas con el proceso de enfermedad, dificultades relacionadas con la integración social y, por último, dificultades en consultas, hospitalización y alta.

3. MANUAL DE VARIABLES PARA LA CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS SOCIALES PARA TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIAS/OS

Solo se recogerá un **CÓDIGO DIAGNÓSTICO** cuando la situación analizada suponga una dificultad, excepto en el punto **A**.

A) SIN PROBLEMÁTICA SOCIAL

Valorada la situación no se detecta ninguna carencia social que interfiera en su vida diaria.

B) DIFICULTAD DE ACCESO A LA RED DE RECURSOS Y PRESTACIONES

B.1 Desconocimiento de la red. Se detecta la necesidad de información sobre la red de recursos sociales, sanitarios, jurídicos, educativos, laborales.

B.2 Brecha digital. Desconocimiento y dificultad en el acceso, uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

C) DIFICULTADES SOCIO-FAMILIARES

Situaciones familiares y de convivencia de la persona que dificultan o interfieren en su recuperación o atención.

C.1) Familia no localizada. No ha sido posible encontrar familiares.

C.2) Hogar unipersonal. Aquel compuesto por una sola persona.

C.3) Familia en riesgo social. Familia que se ve afectada por una serie de dificultades para abordar sus necesidades básicas.

C.4) Por tipo de estructura de convivencia. Relaciones de convivencia que repercuten en el cuidado de la salud.

C.4.a) **Familia ensamblada/reconstituida.** Nueva relación de convivencia.

C.4.b) **Familia monomarental/monoparental.** Familia formada por un progenitor/a y un/a o varios/as hijos/as.

C.4.c) **Familias cohabitantes.** Dos o más parejas que viven en el mismo domicilio con o sin parentesco.

C.4.d) **Familia extensa.** Familia que comparte hogar (abuelos/as, padres/madres, tíos/as,).

C.4.e) **Familia de acogida.** Familia que ejerce la guarda y/o custodia del acogido/a.

C.4.f) **Institucionalizado.** Residencia / Comunidad Terapéutica / Casa Acogida/ Albergue / Centro Acogida.

C.5) Por soporte familiar.

C.5.a) **Sin familiares directos o de referencia.** Persona sola ante su enfermedad, sin pareja y/o sin hijos/as.

C.5.b) **Familiares fuera de la provincia y/o país.** En relación al lugar de residencia de la persona.

C.5.c) **Carece de apoyo familiar o es insuficiente.** Persona que, aun teniendo familia, no cuenta con el apoyo necesario.

C.5.d) **Rotación insatisfactoria.** Persona que se ve afectada negativamente por los cambios de domicilio establecidos por sus familiares.

C.5.e) **Sobrecarga familiar.** Familia que sufre un desgaste físico, psicológico y/o económico como consecuencia del cuidado de la persona.

C.6) Dinámica familiar.

C.6.a) **Problemas relacionados con acontecimientos vitales estresantes**. Nacimiento de un hijo/a, separación, emigración, pérdida de trabajo, duelo, ingreso en prisión, nido vacío, proceso de enfermedad.

C.6.b) Desestructuración familiar. Familia que no cumple su función protectora y de socialización por carecer de hábitos de conducta o de habilidades básicas para abordar crisis familiares que producen conflictividad en el grupo familiar.

C.6.c) Menor en situación de guarda. Con familia extensa, con familia ajena o en centro residencial.

C.6.d) Conflictos intergeneracionales. Discrepancias entre los miembros de una familia por razones culturales y/o ideológicas.

C.6.e) Falta de habilidades paternofiliales. Padres/madres o hijos/as que no desempeñan sus funciones de cuidado y protección.

C.6.f) Dificultades de comunicación con el enfermo/a. Falta de habilidades de comunicación o existencia de limitaciones externas.

C.6.g) Falta de entendimiento familiar. Dificultades de la familia para establecer criterios y acuerdos sobre cómo organizar los cuidados que requiere el/la enfermo/a.

C.6.h) Alteración en la atribución de roles. No asunción de roles (ej: padre/madre que no asume su función y se comporta como amigo/a de su hijo/a). Rígida atribución de roles.

C.6.i) Soledad/Aislamiento. Sentimiento de sufrimiento por aislamiento afectivo, con o sin compañía. Persona sin soporte social, familiar o institucional.

C.6.j) Conspiración del silencio. Los miembros de la familia pactan entre ellos no dar información al enfermo/a sobre su enfermedad.

C.6.k) Desatención familiar por ingreso hospitalario. Familiar a cargo de la persona ingresada que queda en domicilio sin la adecuada atención.

C.7) Cuidador/a principal.

C.7.a) No existe cuidador/a. Carece de familiar o allegados/as que atiendan sus necesidades.

C.7.b) Cambios frecuentes de cuidador/a. No cuenta con quien le proporcione los cuidados de forma continuada.

C.7.c) Cuidador/a no capacitado/a. Salud precaria, edad, diversidad funcional, falta de competencia funcional, adicciones.

C.7.d) Sobrecarga del cuidador/a. Estado resultante de la acción de cuidar a una persona que amenaza la salud física y mental del cuidador/a.

C.7.e) Cuidador/a negligente. Persona que omite y descuida de forma voluntaria y consciente el cuidado de menores, personas adultas, mayores o con diversidad funcional, a quienes debe protección y atención.

C.8) Desamparo, abuso y maltrato.

C.8.a) Riesgo. Situaciones de cualquier índole que puedan perjudicar el

desarrollo personal o social del individuo.

C.8.b) Desprotección. La atención a las necesidades de la persona es claramente inadecuada. El bienestar y desarrollo de la persona es probable que sean dañados de forma significativa.

C.8.c) Desamparo. Persona que recibe una atención extremadamente inadecuada a sus necesidades y que producen un daño severo a su bienestar y su desarrollo.

C.8.d) Abuso económico. Utilización no autorizada, ilegal e inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona. (Ejemplo: tomar sin permiso dinero, joyas, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.).

C.8.e) Maltrato. Es la acción única, repetida o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.w

C.8.e.1) Maltrato físico. Cualquier acción física no accidental que provoque o pueda provocar daño físico e incidir en su estado de salud.

C.8.e.2) Maltrato sexual. Comportamiento o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento.

C.8.e.3) Maltrato psíquico. Cualquier acción o medida de control que trate de socavar la valoración del otro. Se manifiesta a través de insultos verbales, rechazo activo, aislamiento, críticas y conductas de control.

C.8.e.4) Violencia de género. Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

C.8.e.5) Violencia intrafamiliar. Todo acto de violencia entre los distintos miembros de una misma unidad familiar.

D) DIFICULTADES EN EL ÁMBITO LABORAL

D.1) Desempleo. Situación de la persona que está en condiciones de trabajar y no tiene un puesto de trabajo.

D.2) Inestabilidad laboral. Cambios frecuentes de trabajo/horarios.

D.3) Pluriempleo. Desempeño de más de un puesto de trabajo con repercusión negativa en la persona (falta de tiempo para otras actividades, cansancio, dejación de otras obligaciones).

D.4) Absentismo laboral. Incumplimiento de la responsabilidad laboral ausentándose del trabajo.

D.5) Inadaptación laboral. Insatisfacción en el trabajo por las condiciones laborales y/o falta de preparación para la tarea.

D.6) Falta de integración laboral. Incapacidad para incorporarse al mercado de trabajo por distintas causas: diversidad funcional, edad, emigrante retornado, migración irregular, cargas familiares, enfermedad actual, carencia de habilidades, sin formación, desmotivación y limitaciones por idioma.

E) DIFICULTADES ECONÓMICAS

E.1) Sin ingresos económicos. Ausencia de recursos monetarios.

E.2) Recursos económicos insuficientes.

> E.2.a) Problemas económicos graves. Nivel de ingresos insuficiente para cubrir los gastos fijos de la vida diaria y/o deudas.
>
> E.2.b) Dificultades económicas asociadas a la enfermedad. Problemas para asumir tratamientos, traslados, prótesis, productos de apoyo no cubiertas por el Sistema de Salud o adaptaciones de la vivienda.

E.3) Recursos económicos suficientes.

> E.3.a) Administración inadecuada del presupuesto familiar. Los gastos no se ajustan a los ingresos económicos familiares. Los medios disponibles no son utilizados para cubrir las necesidades de la persona o familia.
>
> E.3.b) Incumplimiento de obligaciones económicas. Persona que no asume sus responsabilidades: hipoteca, manutención...
>
> E.3.c) Desempeño inadecuado de la Administración Provisional, Tutela o Curatela. Incumplimiento de las funciones inherentes al cargo.
>
> E.3.d) Falta de disposición patrimonial. Capital invertido no disponible.

F) DIFICULTADES DE VIVIENDA Y SU ENTORNO

F.1) Falta de vivienda. Personas que no disponen de domicilio.

F.2) Vivienda inadecuada. Condiciones deficitarias.

F.2.a) **Falta de habitabilidad.** Carencia de suministros, instalaciones precarias, humedades, suciedad, acumulación basura.

F.2.b) **Falta de equipamiento.** Ausencia de electrodomésticos y/o mobiliario básico.

F.2.c) **Barreras arquitectónicas.** Obstáculos físicos que impiden a unapersona acceder o moverse en su vivienda, edificio o entorno.

F.2.d) **Hacinamiento.** Ocupación de un espacio por un número de personas que excede la capacidad funcional del mismo y que no permite mantener medidas sanitarias, higiénicas, de seguridad y que generan conflictividad.

F.2.e) **Acumulación de objetos.** Circunstancia que no permite una adecuada estancia en la vivienda.

F.3) Reside en institución inadecuada. El Centro no cubre las necesidades actuales de la persona.

F.4) Entorno inadecuado.

F.4.a) **Chabolismo.** Asentamiento humano marginal, insalubre y frecuentemente formado por personas en situación de exclusión social.

F.4.b) **Red de suministros básicos deficitaria.** Déficit o falta de servicio de recogida de basuras, alumbrado, canalización de agua.

F.4.c) **Red sociosanitaria deficitaria.** Recursos inexistentes o no disponibles en la zona.

F.4.d) **Dificultades de accesibilidad.** Falta o escasos medios de transporte, vivienda aislada y/o falta de infraestructuras.

G) DIFICULTADES RELACIONADAS CON EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

G.1) Dificultades de educación en la etapa infanto-juvenil.

G.1.a) **Sin vínculo académico.** Sin escolarizar.

G.1.b) **Fracaso escolar.** Cuando no se alcanzan los objetivos curriculares de la etapa escolar correspondiente y no se logra el título académico mínimo obligatorio del sistema educativo.

G.1.c) Absentismo escolar. Reiterada ausencia a los centros docentes de niñas/os y adolescentes en edad de enseñanza obligatoria.

G.1.d) Dificultad de integración escolar. Proceso de inadaptación en el sistema educativo por enfermedad, idioma, cultura o cambios frecuentes de centro.

G.1.e) Problemas de aprendizaje. Dificultades para seguir la dinámica escolar y curricular ya sea por factores propios o del entorno sociofamiliar.

G.1.f) Problemas de interrelación en el centro escolar. Conflictos con las/os compañeras/os y/o tutoras/es.

G.1.g) Acoso escolar. Conducta reiterada por la que un/a alumno/a, varios o incluso todo un grupo someten a maltrato verbal, psicológico, físico o social a unas/os o varios de sus compañeras/os con el fin de aislarlas/os, humillarlas/os y someterlas/os.

G.1.h) Problemas de accesibilidad al centro escolar. Zona rural aislada, sin medio de transporte o con necesidad de un vehículo adaptado.

G.1.i) Problemas de escolarización relacionados con la enfermedad. Cualquier tipo de síntoma que dificulte la escolarización.

G.2) Dificultades de formación en la etapa adulta.

G.2.a) Analfabetismo. No saber escribir ni leer, y/o leer, pero no comprende el significado de lo que lee.

G.2.b) Problemas de aprendizaje. Falta de habilidades para el estudio.

G.2.c) Insuficientes recursos económicos. Sin capacidad económica para costear su formación.

G.2.d) Problemas de accesibilidad al centro formativo. Zona rural aislada, sin medio de transporte o necesidad de un vehículo adaptado.

G.2.e) Problemas de formación relacionados con la enfermedad. Cualquier tipo de síntoma que dificulte la formación.

H) DIFICULTADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ENFERMEDAD

H.1) Autonomía personal afectada.

H.1.a) Dificultades para actividades básicas de la vida diaria. Falta de capacidad para el autocuidado (higiene personal, ducha, vestido, alimentación, control de esfínteres, uso del inodoro, movilidad funcional, mantenimiento del ciclo vigilia/sueño), por afectación en las áreas cognitivo-conductual, motora y de capacidad en la toma de decisiones.

H.1.b) Dificultades para actividades instrumentales. Falta de capacidad para permanecer de forma independiente en la comunidad: incapacidad para hacer la compra, hacer la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas, acudir al médico, etc., es decir, aquellas actividades que permiten la relación con el entorno y el acceso a los servicios.

H.1.c) Dificultades para recuperar/mantener hábitos de vida saludable. Relacionada con la alimentación equilibrada, el ejercicio físico, la prevención/promoción de la salud, la ocupación, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

H.1.d) Dificultades en la toma de decisiones. Problemas para encontrar o elegir la forma adecuada para resolver una situación conflictiva.

H.2) Gestante en Riesgo Social. Carecer de habilidades, de medios adecuados y/o apoyo familiar para llevar a buen término la gestación.

H.3) Dificultades de adaptación al proceso de enfermedad. Persona que no asume los cambios sufridos por una enfermedad invalidante/crónica/ terminal.

H.4) Incumplimiento terapéutico. Persona que no sigue pautas de tratamiento prescrito y/o seguimiento médico por diferentes causas.

H.5) Incapacidad para suministrarse tratamiento. Persona que necesita ayuda para administrarse la medicación por alguna causa física/psíquica/ mental.

H.6) Negación o falta de aceptación de la enfermedad. Persona que no asume el diagnóstico ni el pronóstico de esta, afectando a su entorno familiar y social.

H.7) Claudicación de la persona. Persona que se siente incapaz de hacer frente a su enfermedad.

H.8) Tratamiento ambulatorio involuntario por medidas de seguridad, civiles y/o penales. Requerimiento judicial de tratamiento forzoso.

I) DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA INTEGRACIÓN SOCIAL

I.1) Estigmatización por la enfermedad. Rechazo por rasgos fácilmente identificables de la enfermedad.

I.2) Desarraigo. Se produce cuando la persona se ve forzada al abandono de sus raíces sociales y familiares, lo que repercute negativamente en su vida emocional y social.

I.3) Exclusión social. Falta de participación del individuo en la vida social, económica y cultural, debido a la carencia de medios, recursos y/o capacidades.

I.4) Carencia de habilidades sociales por enfermedad orgánica o mental. Afectación de las relaciones interpersonales socialmente aceptadas y que requieren de un buen control emocional.

I.5) Aislamiento social. Separación involuntaria de la persona de su entorno habitual por enfermedad (orgánica/mental/infecto-transmisible) o barreras arquitectónicas, lingüísticas o culturales.

I.6) Migrantes en situación irregular. Persona que carece de la condición legal en un país.

I.7) Refugiado/a. Persona que se encuentra desplazada a otro país, en el que busca refugio/asilo a causa de la guerra o ideas políticas y/o religiosas.

I.8) Procesos judiciales pendientes. Actos jurídicos pendientes que pueden condicionar su actividad normalizada en el entorno social.

I.9) Exreclusos/as. Personas que habiendo cometido un delito han cumplido ya condena y se encuentra en libertad.

J) DIFICULTADES EN CONSULTAS, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

J.1) Falta de cobertura sanitaria. Persona sin derecho a la asistencia sanitaria reglada.

J.2) Problemas de identificación. Se desconoce su identidad o usurpación de identidad.

J.3) Persona indocumentada. Carece de documentación legal que acredite su identidad.

J.4) Documentación caducada. Documentación sin vigencia.

J.5) Sin información respecto a domicilio y/o familiares. Se desconoce domicilio y/o referencias familiares y la persona no puede colaborar en la aportación de datos.

J.6) Imposibilidad de acceso a recursos sociales. Dificultad para acceder a los recursos sociales públicos por no reunir los requisitos necesarios y/o dificultad para acceder a recursos sociales privados por capacidad económica insuficiente.

J.7) Falta de interlocutor/a responsable ante la institución. Ausencia de familia o discrepancias entre sus miembros en relación a la resolución de la situación.

J.8) Negativa de la persona/familia a la intervención profesional. Rechazo a la intervención del trabajador/a social.

J.9) Dificultad de la persona/familia en la toma de decisiones. Estado emocional que influye en la capacidad de decidir.

J.10) Retraso del alta por falta o insuficiente soporte familiar y/o social. Retraso en espera de recurso social tramitado necesario para cubrir sus necesidades de atención.

J.11) Dificultades para la inhumación. Falta de recursos económicos o falta de familiares que asuman los gastos.

J.12) Negativa de acceso a recursos de atención privados. Rechazo de la persona o familia a utilizar sus recursos económicos para cubrir sus necesidades.

4. LISTADO RESUMEN DE VARIABLES PARA LA CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS PARA TRABAJADORAS/ES SOCIALES SANITARIAS/OS

A) SIN PROBLEMÁTICA SOCIAL

B) DIFICULTAD DE ACCESO A LA RED DE RECURSOS Y PRESTACIONES

B.1) Desconocimiento de la red.

B.2) Brecha digital.

C) DIFICULTADES SOCIO-FAMILIARES

C.1) Familia no localizada

C.2) Hogar unipersonal

C.3) Familia en riesgo social

C.4) Por tipo de estructura de convivencia

C.4.a) Familia ensamblada/reconstituida

C.4.b) Familia monomarental/monoparental

C.4.c) Familias cohabitantes

C.4.d) Familia extensa

C.4.e) Familia de acogida

C.4.f) Institucionalizado

C.5) Por soporte familiar

C.5.a) Sin familiares directos o de referencia

C.5.b) Familiares fuera de la provincia y/o país

C.5.c) Carece de apoyo familiar o es insuficiente

C.5.d) Rotación insatisfactoria

C.5.e) Sobrecarga familiar

C.6) Dinámica familiar

C.6.a) Problemas relacionados con acontecimientos vitales estresantes

C.6.b) Desestructuración familiar

C.6.c) Menor en situación de Guarda

C.6.d) Conflictos intergeneracionales

C.6.e) Falta de habilidades paternofiliales

C.6.f) Dificultades de comunicación con el/la enfermo/a

C.6.g) Falta de entendimiento familiar

C.6.h) Alteración en la atribución de roles

C.6.i) Soledad/aislamiento

C.6.j) Conspiración del silencio

C.6.k) Desatención familiar por ingreso hospitalario

C.7) Cuidador/a principal

C.7.a) No existe cuidador/a

C.7.b) Cambios frecuentes de cuidador/a

C.7.c) Cuidador/a no capacitado/a

C.7.d) Sobrecarga del cuidador/a

C.7.e) Cuidador/a negligente

C.8) Desamparo, abuso y maltrato

C.8.a) Riesgo

C.8.b) Desprotección

C.8.c) Desamparo

C.8.d) Abuso económico

C.8.e) Maltrato

C.8.e.1) Maltrato físico

C.8.e.2) Maltrato sexual

C.8.e.3) Maltrato psíquico

C.8.e.4) Violencia de género

C.8.e.5) Violencia intrafamiliar

D) DIFICULTADES EN EL ÁMBITO LABORAL

D.1) Desempleo

D.2) Inestabilidad laboral

D.3) Pluriempleo

D.4) Absentismo laboral

D.5) Inadaptación laboral

D.6) Falta de integración laboral

E) DIFICULTADES ECONÓMICAS

E.1) Sin ingresos económicos

E.2) Recursos económicos insuficientes

E.2.a) Problemas económicos graves

E.2.b) Dificultades económicas asociadas a la enfermedad

E.3) Recursos económicos suficientes

E.3.a) Administración inadecuada del presupuesto familiar

E.3.b) Incumplimiento de obligaciones económicas

E.3.c) Desempeño inadecuado del Administrador Provisional o curador

E.3.d) Falta de disposición patrimonial

F) DIFICULTADES DE VIVIENDA Y SU ENTORNO

F.1) Falta de vivienda

F.2) Vivienda inadecuada

F.2.a) Falta de habitabilidad

F.2.b) Falta de equipamiento

F.2.c) Barreras arquitectónicas

F.2.d) Hacinamiento

F.2.e) Acumulación de objetos

F.3) Reside en institución inadecuada

F.4) Entorno inadecuado

F.4.a) Chabolismo

F.4.b) Red de suministros básicos deficitarios

F.4.c) Red sociosanitaria deficitaria

F.4.d) Dificultades de accesibilidad

G) DIFICULTADES RELACIONADAS CON EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

G.1) Dificultades de Educación en la etapa infanto-juvenil

G.1.a) Sin vínculo académico

G.1.b) Fracaso escolar

G.1.c) Absentismo escolar

G.1.d) Dificultad de integración escolar

G.1.e) Problemas de aprendizaje

G.1.f) Problemas de interrelación con el centro escolar

G.1.g) Acoso escolar

G.1.h) Problemas de accesibilidad al centro escolar

G.1.i) Problemas de escolarización relacionados con la enfermedad

G.2) Dificultades de Formación en la etapa adulta

G.2.a) Analfabetismo

G.2.b) Problemas de aprendizaje

G.2.c) Insuficientes recursos económicos

G.2.d) Problemas de accesibilidad al centro formativo

G.2.e) Problemas de formación relacionados con la enfermedad

H) DIFICULTADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ENFERMEDAD

H.1) Autonomía personal afectada

H.1.a) Dificultades para actividades básicas de la vida diaria

H.1.b) Dificultades para actividades instrumentales

H.1.c) Dificultades para recuperar/mantener hábitos de vida saludable

H.1.d) Dificultades en la toma de decisiones

H.2) Gestante en Riesgo Social

H.3) Dificultades de adaptación al proceso de enfermedad

H.4) Incumplimiento terapéutico

H.5) Incapacidad para suministrarse tratamiento

H.6) Negación o falta de aceptación de la enfermedad

H.7) Claudicación de la persona

H.8) Tratamiento ambulatorio involuntario por medidas de seguridad civiles/penales

I) DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA INTEGRACIÓN SOCIAL

I.1) Estigmatización por la enfermedad

I.2) Desarraigo

I.3) Exclusión social

I.4) Carencia de habilidades sociales por enfermedad orgánica o mental

I.5) Aislamiento social

I.6) Migrante en situación irregular

I.7) Refugiado/a

I.8) Procesos judiciales pendientes

I.9) Exreclusos/as

J) DIFICULTADES EN CONSULTAS, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

J.1) Falta de cobertura sanitaria

J.2) Problemas de identificación

J.3) Persona indocumentada

J.4) Documentación caducada

J.5) Sin información respecto a domicilio y/o familiares

J.6) Imposibilidad de acceso a Recursos Sociales

J.7) Falta de interlocutor responsable ante la institución

J.8) Negativa de la persona/familia a la intervención profesional

J.9) Dificultad de la persona/familia en la toma de decisiones

J.10) Retraso del alta por falta o insuficiente soporte familiar y/o social

J.11) Dificultades para la inhumación

J.12) Negativa de acceso a recursos de atención privados

El resultado principal de este trabajo es el diseño de una herramienta de Codificación Diagnóstica estructurada en diez grandes bloques temáticos, que engloban más de cien variables agrupadas por áreas de intervención.

Estas áreas incluyen: dificultades de acceso a recursos, situación sociofamiliar, condiciones laborales, situación económica, vivienda y entorno, educación y formación, proceso de enfermedad, integración social y circunstancias vinculadas a la atención sanitaria.

Cada variable cuenta con una descripción cualitativa y un código numérico asignado, lo que permite su incorporación a herramientas digitales y su integración en la historia social sanitaria. La propuesta permite registrar tanto situaciones de riesgo como necesidades específicas detectadas durante la valoración social.

Además, la estructura diseñada facilita el cruce de datos y el análisis estadístico posterior, posibilitando la elaboración de perfiles sociales de las personas usuarias y el estudio de los determinantes sociales que afectan a la salud.

La propuesta de Codificación Diagnóstica para el Trabajo Social Sanitario constituye una herramienta innovadora y necesaria para mejorar la sistematización del Diagnóstico Social, favorecer el análisis de los determinantes sociales de la salud y facilitar la intervención interdisciplinar.

Además, permite visibilizar el aporte específico del Trabajo Social en el ámbito sanitario, reforzando su identidad profesional y su capacidad de incidir en la planificación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Aguilar, M. J., y Ander-Egg, E. (2013). *Diagnóstico social: Conceptos y metodología*. Lumen-Argentina.

Ander-Egg, E. (1982). *Diccionario de trabajo social*. El Ateneo.

— (2010). *Formación para el trabajo social*.

Apolinar, A., Molina, D., Montillo, R., De Quadras, S., Hernández, M. Á., Novellas, A., y Pérez, E. (2004). «Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación». *Revista de Trabajo Social*, *174*(1).

Basagoña, S., Durano, R., Gil, C., López, R., Medina, A., y Soler, M. (2016). «Tabla de códigos para la estandarización y síntesis del diagnóstico social con el CIE10 - TADISO 2014». *Revista de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*, *83*(1).

Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea - Red Salud Mental de Bizkaia (2012). *Evaluación por áreas diagnósticas*[Documento interno]. Osakidetza.

Colom, D. (2012). *El diagnóstico social*. Universitat Oberta de Catalunya.

— (2008). *Trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Serie Libros Siglo XXI.

—(2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Revista de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, *74*(1).

—(2012). *El diagnóstico social sanitario: Aval de intervención y seña de identidad del trabajo social sanitario*. Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Consejería de Educación y Empleo. Comunidad de Madrid (2012). *Guía para la prevención, detección y corrección de situaciones de acoso escolar en centros docentes no universitarios de la Comunidad de Madrid*. Subdirección General de Inspección Educativa.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (2012). *Diagnóstico social*. Servicio Gallego de Salud.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid (2006). *Guía del acoso escolar y la prevención de la violencia desde la familia*. Dirección General de Familia.

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2012). *Código deontológico de trabajo social*.

Conserci Hopitalari de Catalunya (2003). *Manual de codificació de l'activitat de treball social hospitalari*.

Consorci de Salut i Social de Catalunya (2016). *Guía de diagnòstics socials en l'àmbit de la salut*.

Cury, S. P. (2015). *Diseño y utilización de un instrumento para el diagnóstico social en residencias para personas mayores del Servicio Regional Bienestar Social de Comunidad de Madrid.* [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.

— (2009). «Estudio del diagnóstico social en residencias para personas mayores asistidas en la Comunidad de Madrid. Diseño de un instrumento de valoración y diagnóstico social». *Cuadernos de Trabajo Social, 22*(1).

Escalada, M., Fernández Soto, S., Fuentes, M. P., Koumrouyan, E., Martineli, M. L., y Travi, B. (2001). *El diagnóstico social: Proceso de conocimiento e intervención profesional*. Espacio Editorial.

Garcés, E. M. (2016). «Conceptualización del diagnóstico social en trabajo social sanitario». *Revista de Trabajo Social y Salud, 83*(1), 175-190.

Generalitat Valenciana (2011). «Identificación de pacientes con riesgo social asociado al listado de diagnósticos socio-sanitarios, en la historia sanitaria electrónica de la Comunidad Valenciana». *Documentos de Trabajo Social*, *50*(1).

Govern de les Illes Balears (2006). *Diagnósticos sociales: Trabajo social en el ámbito de la salud*.

Hamilton, G. (1974). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. Prensa Médica Mexicana.

Ituarte, A. (2012). «Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial». *Revista de Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 72*(1), 5-16.

Kisnerman, N. (1981). *Salud pública y trabajo social* (Colección Guidance). Hvmanitas.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Monrós, J., y Zafra, E. (2012). *Guía de intervención de trabajo social sanitario*. Agencia Valenciana de Salud, Generalitat Valenciana.

Moya, A., Barbero, G. J., Barrio, C. I. M., Gutiérrez, B., Izal, M., Martínez, A., Pérez, G., Sánchez del Corral, F., y Yuste, A. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

Napal, C., Ochando, G., Peláez, M. Á., Sanzol, M., Urra, J., y Zurbano, M. V. (1997). *Sistematización de registros de datos del Programa Informático de Casos en Trabajo Social Hospitalario*. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Padilla, A., y Villadóniga, J. C. (coords.). (2010). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos.* [Exposición bibliográfica]. Universidad de Huelva. https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3040/b13438177.pdf

Rejado, M., y Santiago, M. (2009). *Diagnóstico social e intervención: Herramienta informática para el trabajo social*. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

Richmond, M. (2005). *Diagnóstico social*. En Consejo General de Trabajo Social y Asistentes Sociales (Ed.), Colección Trabajo Social. Siglo XXI.

— (2022). *Serie coleccionista: Consejo General del Trabajo Social (vols. I y II)*. Consejo General de Trabajo Social.

Zamanillo, T. (1999). «Apuntes sobre el objeto en trabajo social». *Cuadernos de Trabajo Social, 12*(1), 13-32.

LEGISLACIÓN CONSULTADA

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ley 16/2003, de 25 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.

CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES SANITARIAS EN GALICIA: IMPACTO DEL SAAD EN EL ÁREA SANITARIA DE CORUÑA Y CEE

WORKING CONDITIONS OF HEALTH SOCIAL WORKERS IN GALICIA: IMPACT OF THE SYSTEM FOR AUTONOMY AND DEPENDENCY CARE IN THE HEALTH AREA OF A CORUÑA AND CEE

Andrea Moreno-Rodríguez
Doctoranda por la Universidade de Vigo, Área de Trabajo Social y Servicios Sociales.
Rubén González-Rodríguez
Universidade de Vigo, Grupo de Estudios en Trabajo Social: Investigación y Transferencia (GETS-IT), Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVigo.
Breogán Riobóo-Lois
Universidad de Alicante, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

Resumen: Este estudio se centra en las trabajadoras sociales del área sanitaria de A Coruña y Cee, área con mayor presencia de profesionales en este ámbito. El objetivo principal es analizar sus condiciones laborales y el impacto de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se utilizó una metodología cuantitativa mediante un cuestionario con preguntas cerradas, de escala Likert y de respuesta breve, complementado con un análisis previo de datos. La muestra, compuesta mayoritariamente por mujeres (90 %) de entre 27 y 65 años, permitió identificar carencias en las condiciones laborales. Los resultados revelan una sobrecarga de trabajo y la necesidad de mejoras estructurales. Además, se constata que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha influido significativamente en las funciones del Trabajo Social sanitario.

Palabras Clave: : Trabajo Social; *burnout*; condiciones laborales; burocratización; Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Abstract: This study focuses on female social workers in the healthcare sector of A Coruña and Cee, the area with the largest number of professionals in this field. The main objective is to analyze their working conditions and the impact of the implementation of the System for Autonomy and Care for Dependency. A quantitative methodology was employed, utilising a questionnaire with closed-ended, Likert-scale, and short-answer questions, complemented by preliminary data analysis. The sample, composed predominantly of women (90 %) between the ages of 27 and 65, identified shortcomings in working conditions. The results reveal work overload and the need for structural improvements. Furthermore, it is noted that the System for Autonomy and Care for Dependency has significantly influenced the functions of healthcare social work.

Keywords: Social Work; burnout; labor conditions; bureaucratization; System for Autonomy and Dependency Care.

Referencia normalizada: Moreno-Rodríguez, A., Gónzalez-Rodríguez, R. y Riobóo-Lois, B. (2025) Condiciones laborales de las trabajadoras sociales sanitarias en Galicia: Impacto del SAAD en el área sanitaria de Coruña y Cee. *Trabajo Social Hoy 104*(1), 45-59. Doi: 10.12960/TSH.2025.0013

Correspondencia: Breogán Riobóo-Lois. *Email:* arioboo@uvigo.gal | alexo.rioboo@ua.es

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que el Trabajo Social es una profesión y una disciplina clave en la atención a personas y comunidades que se encuentran en situación de vulnerabilidad, las propias profesionales se enfrentan a múltiples retos estructurales y organizativos que afectan tanto a su práctica como a su bienestar. Sin embargo, aun habiendo un mayor interés por la situación laboral de las profesionales, aún existen lagunas en la comprensión de fenómenos como el del *burnout* o síndrome del trabajador quemado. Por este motivo, la presente investigación busca visibilizar la situación de las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario, para lo que se prestará atención a lo ocurrido en el área sanitaria de A Coruña y Cee. Esta área sanitaria, concentra el mayor número de trabajadoras sociales en la Comunidad Autónoma de Galicia (SERGAS, 2022a).

En el marco del Estado del bienestar, las condiciones laborales de las trabajadoras sociales del sistema público están influenciadas por transformaciones normativas y socioeconómicas, así como, por decisiones políticas. Un ejemplo significativo es la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que ha generado una importante sobrecarga de trabajo sin implementar mejoras o medidas de respuesta en cuanto a recursos o reconocimiento profesional (Fidalgo, 2018). A partir de la experiencia profesional, se han podido identificar disfunciones como, por ejemplo, la saturación de tareas vinculadas a la atención de las situaciones de dependencia, la invisibilización del rol del Trabajo Social sanitario, o la escasez de recursos que dificultan una intervención eficaz, entre otras.

Así pues, para analizar la situación es conveniente echar la vista atrás momentáneamente. El Trabajo Social se consolidó como disciplina a finales del siglo XIX, caracterizándose por su capacidad de adaptación frente a contextos de exclusión y vulnerabilidad (Verde-Diego *et al*., 2021). En España, sus principales ámbitos de intervención se articulan en el marco del Estado del bienestar, especialmente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en el Sistema de Servicios Sociales (Gallo, 2022). En ambos, las trabajadoras sociales desempeñan funciones de acompañamiento, apoyo, derivación y articulación de recursos.

La atención primaria se configura como la puerta de entrada tanto al sistema sanitario como al de servicios sociales. Sin embargo, en cuanto a distribución profesional, el 74 % de las trabajadoras sociales se concentran en los servicios sociales, y tan solo el 18 % en el ámbito sanitario (Vicente *et al*., 2022). El SNS, estructurado en torno a la atención primaria y la atención especializada (Colom, 2022), integra el Trabajo Social como parte de su prestación integral desde la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y lo legitima dentro de su Catálogo de Prestaciones y la Cartera de Servicios establecidos por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (Ministerio de Sanidad, 2020).

Al ser España un país descentralizado que cuenta con 17 Comunidades Autónomas, estas tienen transferidas las competencias en materia de sanidad, por lo que el Estado cuenta con 17 servicios autonómicos de salud. Para el caso gallego, contexto de análisis de esta investigación, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) identifica tres ejes fundamentales de actuación para el Trabajo Social sanitario: la atención directa e indirecta, la intervención comunitaria, y la planificación, gestión y docencia (SERGAS, 2021). No obstante, el reconocimiento profesional de estas funciones ha sido históricamente desigual. Mientras que el Trabajo Social sanitario tiene su origen en los Estados Unidos a inicios del siglo XX (Saavedra, 2016), en España su

profesionalización no se consolida hasta 1960, con el reconocimiento del rol profesional en el Hospital de Asturias (Plaza, 2021).

Actualmente, el Trabajo Social sanitario ofrece apoyo continuado en situaciones de salud complejas, actuando como coordinador de casos en atención primaria (Abreu, 2009) y como facilitador del alta en hospitalización. Concretando aún más nuestro ámbito objeto de estudio, en el área sanitaria de A Coruña y Cee, en 2022, se registraron más de 50.000 intervenciones, orientadas al empoderamiento del paciente, la gestión de recursos (servicio de ayuda en el hogar, centros residenciales, etc.) y la coordinación interinstitucional (SERGAS, 2022a). Asimismo, la población mayormente atendida estuvo constituida por personas mayores de 74 años con fragilidad o complejidad sociosanitaria (SERGAS, 2022b), lo que exige una coordinación estrecha con otros sistemas de protección, especialmente el SAAD.

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 (LEPA, para enfatizar en la promoción de la autonomía), posibilitó la emergencia del SAAD como un eje central de la acción profesional. Además, sentó las bases de un nuevo sistema estatal de protección social que, aunque supuso un avance en materia de derechos, generó también tensiones estructurales no resueltas. Estas se evidencian en la sobrecarga administrativa, la lentitud en los procedimientos y el desajuste entre demanda y recursos (Fidalgo, 2018; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2022). Aunque existe debate sobre su integración en el Sistema de Servicios Sociales (Domínguez, 2005; Rodríguez-Cabrero, 2019), su impacto en el ejercicio profesional del Trabajo Social es incuestionable.

El SAAD ha intensificado la carga administrativa de las trabajadoras sociales, quienes desempeñan un papel clave en la tramitación y seguimiento de los expedientes. La falta de adaptación del sistema al paradigma del cuidado, sumada a su progresiva mercantilización, ha generado tensiones estructurales y un creciente desgaste profesional (Fidalgo, 2018). La elevada demanda, los recursos limitados y la débil coordinación interinstitucional comprometen la calidad de la intervención y alimentan una sensación de frustración entre las profesionales (González-Rodríguez y Pastor, 2019). Distintos estudios advierten que el SAAD ha derivado hacia una lógica de gestión burocrática e incluso mercantilizada (Rodríguez-Cabrero, 2019), alejándose de un enfoque de cuidados centrados en la persona. Esto ha obligado a las profesionales a dedicar una gran parte de su jornada a tareas administrativas, reduciendo el espacio destinado a la intervención directa. Tal desplazamiento afecta no solo la calidad del servicio, sino también a la identidad profesional del Trabajo Social, que pierde su dimensión relacional y emancipadora (Molleda, 2007).

En este escenario emergen tres grandes amenazas para la profesión: la *jerarquización*, que sitúa a las trabajadoras sociales en un rol subordinado dentro de los equipos interdisciplinares; la *desprofesionalización,* con la delegación de funciones técnicas en personal no cualificado o su externalización; y la *burocratización*, que convierte a las profesionales en gestoras de expedientes (Fidalgo, 2018). Estas condiciones provocan una pérdida de autonomía, reducen el trabajo a tareas mecánicas y profundizan el malestar profesional (Benito y Chinchilla, 2005; Idareta-Goldaracena y Ballestero-Izquierdo, 2013). El modelo burocrático invisibiliza la esencia relacional del Trabajo Social, alejándolo de sus fines primordiales: acompañar, vincular y promover la autonomía (Molleda, 2007). A ello se suman factores contextuales como la crisis socioeconómica de 2008 y la pandemia de COVID-19, que agravaron las condiciones laborales, aumentaron la demanda social

y generaron presión institucional (González-Rodríguez *et al*., 2020). La respuesta de algunas Administraciones ha sido externalizar servicios o derivar funciones al sistema sanitario, reproduciendo dinámicas de precarización y fragmentación (Rodríguez-Cabrero, 2019).

Frente a este escenario, emergen múltiples autores buscando fortalecer una práctica profesional crítica y emancipadora, basada en el análisis estructural, la formación continua y la intervención centrada en la persona (Domínguez, 2005). El Trabajo Social comunitario se perfila como una herramienta clave para generar redes, promover la participación ciudadana y construir alternativas desde lo colectivo (Santos, 2014). Asimismo, las condiciones laborales descritas generan un fuerte impacto psicosocial. El síndrome de *burnout,* entendido como el agotamiento resultante de la sobrecarga emocional y del desequilibrio entre demandas y recursos, es altamente prevalente en el colectivo (Caravaca-Sánchez *et al*., 2019). Entre los síntomas más frecuentes destacan el agotamiento emocional, el bajo logro personal y, en menor medida, la despersonalización (González-Rodríguez *et al*., 2020). Factores como la feminización de la profesión, la escasez de apoyo institucional, la sobrecarga de tareas y la precarización contribuyen a esta problemática. La empatía, en cambio, ha sido reconocida como factor protector, lo que refuerza la importancia de una formación sólida y continua como estrategia preventiva.

El escenario actual plantea, por tanto, una tensión entre el modelo de atención centrado en la persona, la dignidad y la promoción de la autonomía y el modelo impuesto marcado por la lógica del rendimiento, la estandarización y el control burocrático. Frente a esta disyuntiva, diversos autores subrayan la necesidad de fortalecer una práctica profesional crítica, con capacidad de análisis estructural y de reconstrucción del tejido comunitario (Domínguez, 2005; Santos, 2014). Es precisamente en este punto donde el Trabajo Social comunitario adquiere relevancia, al ofrecer herramientas para el empoderamiento colectivo, la participación y la generación de vínculos sostenibles.

Así pues, partiendo de este marco teórico y del análisis preliminar de la situación profesional en el área sanitaria de A Coruña y Cee, esta investigación se propone analizar en profundidad las condiciones laborales de las trabajadoras sociales sanitarias, su percepción sobre el impacto del SAAD en sus funciones, y las implicaciones que esto tiene tanto para su bienestar profesional como para la calidad del servicio prestado a la ciudadanía. Por tanto, el propósito último es ofrecer una visión rigurosa y crítica de una realidad poco explorada, que contribuya al reconocimiento de un colectivo esencial para la garantía de derechos en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.

2. METODOLOGÍA

A partir del objetivo definido previamente se estableció un diseño transversal de tipo exploratorio, centrado en un método de investigación descriptiva con un enfoque cuantitativo (Calaf, 2019). Esto se concretó mediante la elaboración y aplicación de un cuestionario dirigido a conocer y analizar las condiciones laborales de las trabajadoras sociales objeto de estudio, así como el impacto que la implantación del SAAD ha tenido sobre ellas y sus funciones profesionales.

2.1. Participantes

El Área sanitaria de A Coruña y Cee contaba en el momento de la recogida de información con 36 profesionales del Trabajo Social distribuidas en 23 profesionales en la atención especializada y 13 profesionales en la atención primaria. En la presente investigación, finalmente participaron de forma libre 20 de estas profesionales, lo que supuso un 56 % del universo posible. Concretamente, sus edades estaban comprendidas entre los 26 y los 65 años (M= 49,55; DT= 8,71) y un 90 % fueron mujeres, contando tan solo con 2 hombres.

2.2. Instrumentos y técnicas de recogida de información

Para el desarrollo del estudio se elaboró un cuestionario que incluía un total de 26 preguntas relacionadas con la sobrecarga de trabajo, las condiciones laborales, el impacto del SAAD y los cambios en las funciones profesionales. Se diseñó con un formato sencillo, utilizando una escala Likert de 5 puntos, preguntas de respuesta cerrada, de opción múltiple y de respuesta corta. El cuestionario se estructuró en tres bloques temáticos para facilitar el análisis: 1) perfil personal; 2) condiciones de trabajo, y 3) impacto del SAAD sobre las condiciones laborales. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo, con una muestra intencional y no probabilística. Se utilizó una combinación entre un cuestionario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio según las necesidades de información (Asturias Corporación Universitaria, 2023) y dos cuestionarios de referencia: el ISSE 3 Ourense (Consejo General del Trabajo Social, 2019) y la 6.ª Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2015).

2.3. Procedimiento

El cuestionario fue implementado a través de la plataforma Microsoft 365 (2024), utilizando la aplicación *Forms*, vinculada a Excel para su posterior tratamiento de datos. Tras su elaboración, se contactó con la secretaría y la jefatura de Trabajo Social del área sanitaria de A Coruña y Cee, a quienes se le facilitó el enlace al cuestionario para su difusión. La encuesta fue distribuida los días 26 y 27 de marzo de 2024, acompañada de una carta de presentación y del consentimiento informado. Con el objetivo de incrementar la tasa de respuesta, se enviaron dos recordatorios con una periodicidad de 7 días. Finalmente, se obtuvo una tasa de participación del 56 %. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos. Finalizado el estudio, se procedió a la destrucción de los cuestionarios y consentimientos (Verde-Diego *et al*., 2021).

2.4. Análisis de datos

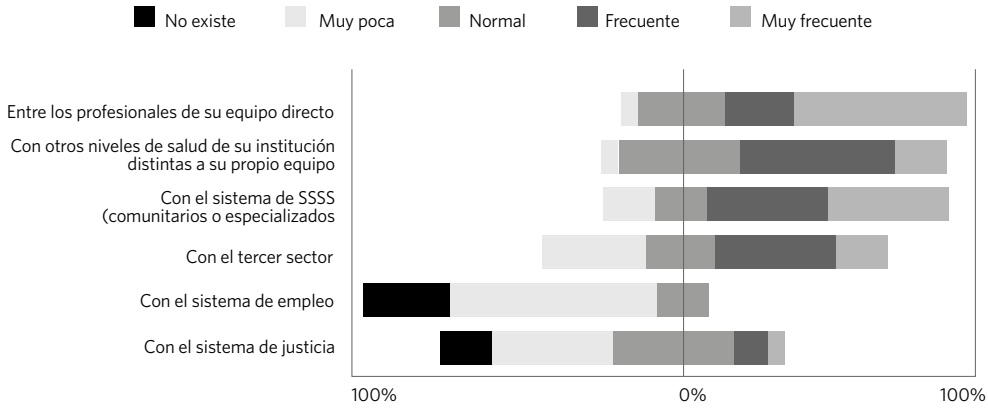
Para la clasificación y análisis de la información se utilizaron los programas PSPP (2024) y Microsoft Excel (2024), a través de los cuales se elaboraron las figuras y tablas representativas. El análisis se organizó en tres bloques: en primer lugar, se examinaron las variables sociodemográficas y laborales (género, edad, años de ejercicio profesional), correspondiente al bloque de perfil poblacional. En segundo lugar, se analizaron las condiciones laborales, y finalmente, se evaluó el impacto del SAAD en las condiciones de trabajo. Esta estructura facilitó la sistematización e interpretación de los resultados a partir de la literatura revisada y en relación con los objetivos de la investigación.

3. RESULTADOS

Las características sociodemográficas y laborales de la población objeto de estudio nos sitúan ante un Área sanitaria de A Coruña y Cee ampliamente feminizada, con un 90 % de mujeres frente a tan solo 2 hombres en el servicio de Trabajo Social. De las 20 respuestas obtenidas, el 30 % pertenecen a profesionales de atención primaria y 14 (70 %) al nivel de atención especializada. Las edades de las personas participantes oscilan entre los 26 y los 65 años, siendo mayoritaria la franja comprendida entre los 46 y los 55 años, con un 45 %. Respecto a los datos obtenidos en relación con el tipo de contrato, un 65 % de la población objeto de estudio se encuentra en una situación de estabilidad laboral, al contar con un contrato fijo. Este dato resulta coherente con la trayectoria profesional, ya que un 60 % lleva más de 21 años ejerciendo la profesión y, de estos, un 45 % acumula más de 26 años de experiencia. En cuanto al nivel formativo, más de la mitad de las trabajadoras sociales participantes (70 %) dispone únicamente de la titulación básica, mientras que solo un 30 % ha continuado su formación mediante estudios de posgrado.

Respecto a las condiciones laborales experimentadas durante el año 2023, la situación más común fue trabajar bajo condiciones de estrés, con un 56,3 %, seguida de la percepción de que en su puesto resulta difícil respetar ciertos principios éticos o profesionales, con un 34,4 %. Cabe destacar que todas las personas que respondieron al cuestionario manifestaron haber vivido al menos una de las situaciones descritas. En relación con la coordinación entre profesionales se observa que, en general, se mantiene una comunicación frecuente con el propio equipo de trabajo, con otros niveles del sistema de salud, con los servicios sociales y con entidades del tercer sector. Entre un 50 y un 70 % de las profesionales encuestadas señalan mantener comunicaciones frecuentes o muy frecuentes con estos agentes. Sin embargo, la situación es distinta respecto al sistema de empleo y al sistema judicial, ya que entre un 50 % y un 75 % afirman tener muy poca o ninguna comunicación con estos ámbitos (Figura 1).

Fig. 1. Coordinación que mantienen las profesionales en el puesto de trabajo



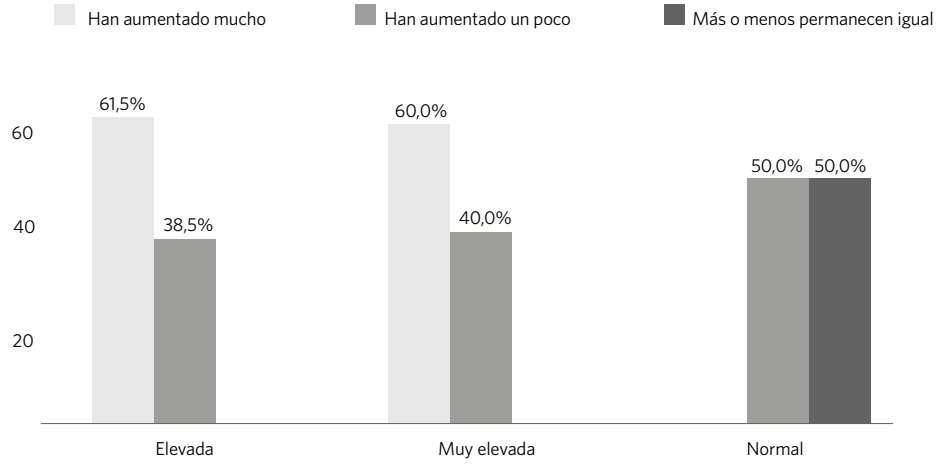
En cuanto a las ratios, estas son muy variadas y, en ocasiones, poco claras. En el caso de la atención primaria, las profesionales miden las ratios en función del número de personas asignadas al centro de salud o de la media de usuarios atendidos por día. En el primer caso, los resultados

muestran que algunos centros de salud tienen asignadas 23.366 personas, mientras que otros alcanzan las 36.700. En el segundo caso, la media diaria de atención se sitúa en torno a 15 personas. En lo que respecta a la atención especializada, la metodología de medición varía en algunos casos, aunque la mayoría utiliza también la media diaria de usuarios, que oscila entre 6 y 35 personas al día. Otros métodos de medición incluyen el número de personas atendidas al año que va desde 150 hasta 300 personas o bien el número de programas y servicios gestionados.

En relación con el tiempo de espera, más de la mitad de las profesionales señalan no contar con un sistema de citas programadas, ya que, en atención especializada, salvo en algunos programas concretos, se actúa en función de la demanda. No obstante, tanto en los programas como en la atención primaria, el tiempo de espera más frecuente es de un mes, con una prevalencia del 15 %.

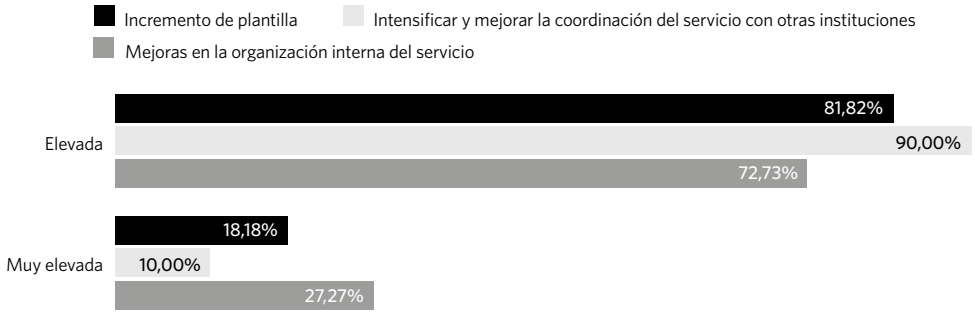
Respecto a las demandas de la población en relación con la carga de los profesionales, los resultados son claros, mostrando que casi todas las profesionales opinan que las demandas aumentaron y por consiguiente el volumen de trabajo se incrementó (Figura 2).

Fig. 2. Las demandas de la población conforme la carga de las profesionales



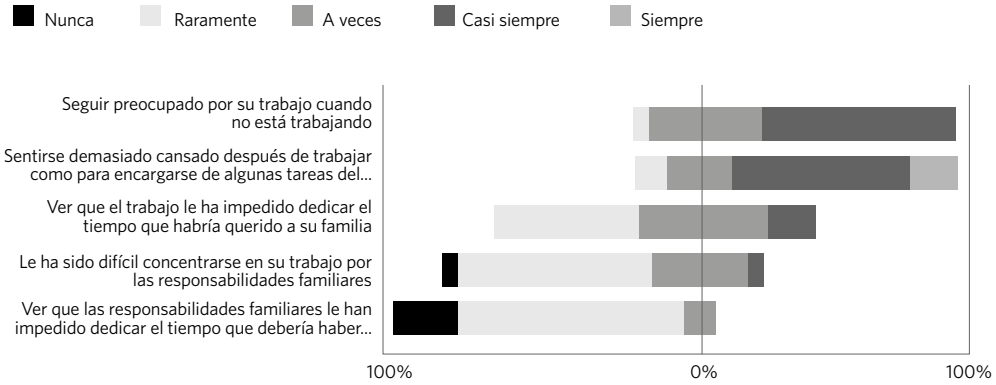
Tal y como se puede observar en la Figura 3, el 80 % de las profesionales señalan que la carga es al menos elevada. Por consiguiente, priorizan propuestas de mejora para disminuir la carga laboral como, por ejemplo, el incremento de la plantilla, la intensificación y mejora de la coordinación del servicio o la mejora de la organización interna del mismo.

Fig. 3. Propuestas de mejoras en función de la carga percibida en el año 2023 por las profesionales



Por su parte, la familia afecta poco al trabajo (Figura 4), pero, por el contrario, el trabajo sí afecta con mayor frecuencia a la familia, ya que las profesionales mayoritariamente siguen preocupadas por el trabajo al finalizar su jornada laboral (60 %) y se encuentran cansadas para hacer las tareas del hogar (70 %). Sin embargo, son minoría las profesionales que afirman que las responsabilidades familiares les desconcentran o les impiden dedicar tiempo al trabajo.

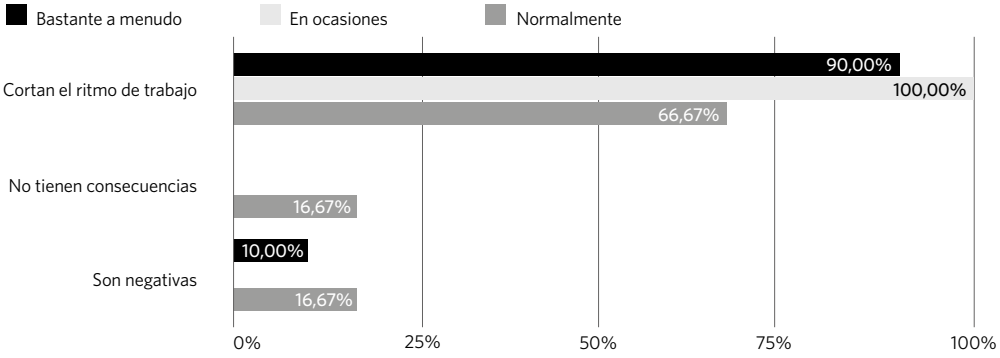
Fig. 4. Frecuencia con la que suceden estas situaciones



Por lo que se refiere a nivel de exigencia en el trabajo, las profesionales tienen que trabajar fuera de su horario y prolongar la jornada laboral. En este sentido, el 90 % de las encuestadas afirma haber trabajado fuera de su horario laboral al menos una vez durante el año y un 45 % afirma que lo ha hecho varias veces al mes.

Durante la jornada laboral las interrupciones son cotidianas y cuantas más y con mayor frecuencia más afectan, llegando en ocasiones a ser estas interrupciones negativas o a cortar el ritmo de trabajo, afectando a la productividad laboral. En la Figura 5 se observa cómo las profesionales deben interrumpir una tarea bastante a menudo (50 %) y que casi en el 100 % de las ocasiones cortan el ritmo de trabajo.

Fig. 5. Afectación de las interrupciones de las tareas en la productividad laboral



En cuanto al SAAD, el 95 % de las profesionales opinan que no cubre las demandas de la población. Entre los factores más recurrentes por los que consideran que no funciona se encuentran: el elevado tiempo de espera y de respuesta, la tramitación excesiva, o la escasa oferta de servicios y recursos. En resumen, opinan que el SAAD es un parche, un sistema que no es eficaz y que necesita cambios. Además, sobre uno de esos factores recurrentes, el elevado tiempo de espera, un 95 % de las profesionales consideran que produce un cambio en las condiciones de trabajo, y un 75 % de estas consideran que implicó modificaciones en las funciones y condiciones de las trabajadoras sociales sanitarias. Entre las modificaciones en las funciones y condiciones podemos subrayar el aumento de las tareas administrativas y gestiones, el aumento de la carga laboral debido al incremento de las demandas, la necesidad de actualización constante debido a los cambios de normativa, etc. Como modificación más relevante, podemos señalar la centralización del trabajo en el SAAD, abandonando de esta forma otras funciones como los programas adaptados a las personas.

En definitiva, las profesionales perciben que el SAAD genera frustración tanto en ellas como en las familias de las personas usuarias por no poder disponer de recursos públicos, lo que debilita su identidad como empleadas públicas y fomenta la derivación hacia recursos privados. Para concluir, la mayor parte de las profesionales consideran que las situaciones en las que es necesaria una gestión por procedimiento de emergencia social van en aumento y que uno de los motivos es la falta de cobertura de servicios y los retrasos en su tramitación. En la actualidad, el 80 % declara que las entidades de iniciativa social dan cobertura a servicios que deberían estar cubiertas públicamente.

4. DISCUSIÓN

La profesión del Trabajo Social, al igual que otros colectivos profesionales del ámbito social, está claramente feminizada. Según el Consejo General del Trabajo Social (2023), el 86 % de las personas colegiadas en España en 2023 eran mujeres, cifra similar a la recogida en los *Informes de Servicios Sociales de España* (ISSE), que sitúan este porcentaje en un 89 %. En línea con estos datos, el presente estudio reflejó un 90 % de participación femenina y un 10 % masculina. Esta tendencia no es exclusiva del contexto español. Países como Argentina, Brasil o Chile presentan cifras similares. En este último país, diferentes estudios apuntan a una presencia femenina del 85 % en la profesión (Aspeé y González-Campos, 2018; Molina, 2008).

En relación con el síndrome de *burnout* en el ámbito del Trabajo Social, Verde-Diego *et al*. (2021) identifican factores como la estructura jerárquica y burocrática de las organizaciones, la fragmentación de tareas, la desprofesionalización, la falta de recursos, el conflicto de rol y el desgaste emocional vinculado al contacto directo con las personas usuarias. Su estudio entre 2020 y 2021 destaca problemas estructurales relacionados con la sobrecarga asistencial, aspectos que también emergen en esta investigación como el exceso de burocracia, los desajustes organizativos y la presión asistencial. Caravaca-Sánchez *et al*. (2019) señalan, entre los factores de riesgo para el *burnout*, el hecho de ser mujer (en una profesión feminizada), estar soltera, la falta de apoyo social, la antigüedad profesional y el nivel formativo. En esa línea, González-Rodríguez *et al*. (2020) confirman que, una de cada tres profesionales con más de 20 años de ejercicio laboral, presentan puntuaciones elevadas en indicadores de desgaste. En el presente estudio, el 60 % de las encuestadas supera los 21 años de antigüedad, lo que refuerza esta correlación.

La investigación de Ghiraldelli y Oliveira (2020) sobre las condiciones laborales del Trabajo Social en Brasil revela un entorno de precariedad marcado por la falta de recursos, la sobrecarga, el estrés, la presión por conseguir los objetivos y la reducción de personal. En el estudio realizado en A Coruña y Cee, el 56,3 % de las profesionales afirma trabajar bajo condiciones de estrés, y el 34,4 % señala dificultades para respetar los principios éticos o profesionales en su puesto. El 80 % considera que la carga de trabajo es elevada, mencionando interrupciones frecuentes, tareas administrativas excesivas y obligación de prolongar la jornada laboral.

En cuanto al impacto del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), Fidalgo (2018) señala deficiencias estructurales como la *crisis de los cuidados* y la falta de adaptación de los servicios a las necesidades reales de la población. Las profesionales encuestadas consideran que el SAAD actúa como un «parche» que no responde adecuadamente a la demanda. Identifican factores como retrasos en la gestión, burocracia excesiva y falta de adecuación, lo que contribuye a aumentar la frustración profesional.

Uno de los ámbitos con mayor presencia en el día a día del Trabajo Social sanitario es la atención a situaciones de emergencia social. Según datos del SERGAS (2022b), 137 personas hicieron uso de este recurso en el área de A Coruña y Cee. Las profesionales perciben un incremento de las emergencias sociales, motivado, en parte, por la insuficiencia de servicios y los retrasos en la respuesta. Este fenómeno no es aislado: en áreas como Pontevedra o Lugo se registran entre 60 y 70 emergencias sociales anuales, y solo una de cada cuatro personas acepta ingresar en una residencia en primera instancia. Como señala Soto (2024), vivimos una *mercantilización de los cuidados*, donde los recursos públicos son limitados y el sector privado asume un papel central.

5. CONCLUSIONES

El Trabajo Social sanitario es fundamental en la sociedad actual y se encuentra en auge, como muestra el hecho de que en los últimos años se estén incorporando a la oferta formativa de posgrado titulaciones específicas sobre este ámbito de nuestra disciplina. El trabajo de campo llevado a cabo en el contexto del Área sanitaria de A Coruña y Cee ha permitido obtener una información esencial para seguir poniendo luz sobre la situación profesional de las trabajadoras sociales sanitarias ante las transformaciones provocadas por la implantación y desarrollo del SAAD.

En este sentido, las condiciones laborales de las trabajadoras sociales del área objeto de estudio se vieron afectadas por la implementación del SAAD. La emergencia de este nuevo sistema de protección social ha derivado en la necesidad de ampliación del personal y la derivación de servicios para reducir la burocratización y potenciar la intervención desde un Trabajo Social comunitario.

A pesar de los resultados obtenidos, se constata que las trabajadoras sociales no constituyen un colectivo profesional ampliamente analizado respecto a sus condiciones laborales, como sí ocurre con otras profesiones o en otros ámbitos laborales. Por este motivo, este colectivo es una fuente donde centrar estudios, ya que los resultados. tanto de esta investigación como de otras llevadas a cabo en la literatura científica disponible, apuntan a que las trabajadoras sociales presentan, en algunos ámbitos, condiciones inadecuadas e índices elevados de *burnout*.

Respecto al perfil sociolaboral y demográfico de las profesionales que han participado en esta investigación se corresponde con el de una mujer de entre 46 y 55 años, diplomada, con una experiencia laboral de más de 26 años y con un contrato fijo en atención especializada. En cuanto a las condiciones laborales, se destaca un nivel de trabajo que ya es elevado, pero que se encuentra en crecimiento. Asimismo, las profesionales trabajan bajo condiciones de un elevado estrés y con una alta exigencia donde, en ocasiones, deben trabajar fuera de su horario laboral para dar respuesta a todas las demandas existentes. La comunicación y la coordinación son, en general, mayoritariamente buenas y para reducir la carga de trabajo que soportan consideran que debe haber un aumento de personal, así como también una intensificación y mejora de la coordinación del servicio con otras instituciones. Del mismo modo, es necesario mejorar la organización interna, al tiempo que es ineludible tener presente que el trabajo afecta con una mayor frecuencia a las relaciones de familia, mientras que no ocurre lo mismo en sentido contrario, o no con la misma intensidad e impacto.

Por otra parte, en cuanto al impacto que la implementación y desarrollo del SAAD ha tenido en las condiciones laborales y en las funciones de las trabajadoras sociales sanitarias, las profesionales afirman la existencia de dicha influencia, algo que relacionan directamente con los retrasos que acumulan en las asignaciones y las solicitudes. De entre las principales modificaciones en las funciones que llevan a cabo, destaca el importante aumento de las tareas administrativas y de gestión, así como el incremento de la carga laboral soportada debido al mayor número de demandas. Al mismo tiempo, las profesionales señalan la necesidad de una actualización constante debido a los continuos cambios de normativa. Finalmente, cabe destacar que, para las profesionales, el SAAD no solo afectó a sus condiciones de trabajo, haciendo que abandonen otro tipo de funciones como la ejecución de programas adaptados a las personas, sino que el SAAD no cubre las demandas existentes, o no en un nivel suficiente para dar respuesta a las necesidades actuales. Esta circunstancia, lejos de solucionar los problemas existentes, genera frustración en la población y en las profesionales.

En conclusión, las profesionales del Trabajo Social sanitario necesitan cambios, principalmente, para desligarse del papel de meras gestoras y tramitadoras permitiéndoles volver de nuevo a la intervención social directa. La reducción de las gestiones redundaría en una menor carga laboral, lo que permitiría atender y dar respuesta a las demandas de la población con una mayor profundidad. Para ello, una de las claves sería la posible reformulación del SAAD, unida a la ampliación

de recursos humanos y económicos. Este hecho no solo beneficiaría a las trabajadoras sociales sanitarias, sino que contribuiría a la mejora de la profesión y a la percepción que la población general tiene de ella, al mismo tiempo que posibilitaría dar respuesta en mayor medida a las necesidades de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. C. (2009). «El Trabajo Social sanitario en atención primaria de salud». *ENE Revista de Enfermería,* (3), 70-79. http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/146/129

Aspeé, J., y González-Campos, J. A. (2018). «Mujeres y hombres del Trabajo Social en Chile». *Revista Katálysis, 21*(1), 178-188. https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n1p178/36207

Asturias Corporación Universitaria. (2023). *Investigación descriptiva: La Encuesta*. https://www.centrovirtual.com/recursos/biblioteca/pdf/investigacion_mercados/unidad3_pdf2.pdf

Idareta-Goldaracena, F., y Ballestero-Izquierdo, A. (2013). «Ética, paternalismo y burocracia en Trabajo Social». *Portularia, 13*(1), 27–35. https://www.redalyc.org/pdf/1610/161026336003.pdf

Benito, L., y Chinchilla, M. (2005). «Flexibilización laboral y desprofesionalización del Trabajo Social», en A. I. Ruiz (coord.), *Búsquedas del trabajo social latinoamericano: urgencias, propuestas y posibilidades* (pp. 69-80). Espacio Editorial. https://ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd000091.pdf#:~:text=Sobre%20este%20particular%2C%20uno%20de%20los%20aspectos%20m%C3%A1s,conclusiones%20y%20opciones%20que%20garanticen%20el%20desarrollo%20profesional

Calaf, N. (2019). *Métodos de investigación cuantitativa* [recurso de aprendizaje]. Campus de la Universitat Oberta de Catalunya. https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147059/1/BasesParaLaInvestigacionEnCienciasDeLaSalud_MetodosDeInvestigacionCuantitativa.pdf

Caravaca-Sánchez, F., Barrera-Algarín, E., Pastor-Seller, E., y Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L. (2019). «Prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout entre los profesionales del trabajo social en servicios sociales municipales de España». *Trabajo Social Global – Global Social Work, 9*(17), 89-109. https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.8284

Colom, D. (2022). *Trabajo Social Sanitario. Catálogo de prestaciones y Cartera de servicios.* Agathos Ediciones.

Consejo General del Trabajo Social (2019). *III Informe sobre los Servicios Sociales en España* (ISSE III). https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/iii-informe-sobre-los-servicios-sociales-en-espana-isse-iii/102/view

— (2023). *Datos y Cifras sobre la profesión del Trabajo Social en España.* https://www.cgtrabajosocial.es/cifras

Domínguez, M. J. (2005). Cambios sociales actuales y adaptación de la profesión a los mismos. *Humanismo y trabajo social*, *4*, 65-90. https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3237/Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fidalgo, A. (2018). *La atención a la dependencia en España desde la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Una mirada desde el Trabajo Social* [Trabajo Final de Grado, Universidad de Valladolid]. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32551/TFG-G3245.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gallo, A. (coord.) (2022). *Trabajo Social en diferentes sistemas y ámbitos de intervención: Salud, Forense, Penitenciario y Educación* (Informe 12). Consejo General de Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/files/64b4ffb9540b8/LIBRO_TSDIFERENTESSISTEMAS.PDF

Ghiraldelli, R., y Oliveira, A. (2020). «Intervención y condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales en el área de la Salud en Brasil». *Trabajo Social Global – Global Social Work, 10*(19), 79-103. https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11844

GNU General Public License (2024). *GNU PSPP* (Versión 2.0.1) [Programa informático]. https://www.gnu.org/software/pspp/

González-Rodríguez, R., Verde, C., y Pastor, E. (2018). «El Trabajo Social en los sistemas de salud nuevos espacios de intervención». *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social, 8*(2), 139-149. https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/29651/30454

González-Rodríguez, R., y Pastor, E. (2019). «Realidades de emergencia social en personas en situación de dependencia: Indicadores y respuestas por parte del sistema de servicios sociales en España», en E. Pastor y L. Cano (coords), *Respuestas del Trabajo Social ante emergencias sociales y problemáticas sociales complejas de México y España* (pp. 223-238). Editorial Dykinson.

González-Rodríguez, R, López-Castedo, A, Pastor-Seller, E., y Verde-Diego, C. (2020). «Síndrome de *burnout* en el Sistema de Salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias». *Enfermería Global*, *19*(58), 141-161. https://dx.doi.org/eglobal.382631

IMSERSO (2022). *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). https://imserso.es/gl/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/el-sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad*

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6.ª EWCS – España (Informe 6).* https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%-C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, de 15 de diciembre de 2006.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 128, de 29 de mayo de 2003.

Microsoft (2024). *Microsoft forms* (Versión 2405) [Programa informático]. Cuestionario para TFG (office.com)

— (2024). *Microsoft Excell* (Versión 2405) [Programa informático]. Cuestionario para TFG.xlsx (sharepoint.com)

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (1988). *Plan Concertado.* Secretaria de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/memorias-pc/EVOLUCION_PLAN_CONCERTADO_1988-2022.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales.* https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/CatalogoServiciosSociales.pdf

Ministerio de Sanidad (2020). *Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.* https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf

Molleda, E. (2007). «¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social?». *Cuadernos de Trabajo Social*, *20*, 139-155. https://enfoc.cat/uploads/2878/files/Diagnostic%20Social.PDF

Plaza, L. (2021). *El Trabajo Social en el ámbito sanitario*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49393/TFG-G5123.pdf?sequence=1

Rodríguez-Cabrero, G. (2019). «Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI». *Ekonomiaz: Revista vasca de economía* (96), 140-169. https://www.euskadi.eus/web01-a2reveko/es/k86aEkonomiazWar/ekonomiaz/abrirArticulo?idpubl=92&registro=12

Saavedra, M. (2016). «Trabajo Social sanitario: Una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud». *Humanismo y Trabajo Social, 16*, 169-185. https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/12477/Trabajo%20social%20sanitario.pdf?sequ

Santos, L. M. (2014). *Retos del Trabajo Social como agente de cambio: Empoderamiento y Trabajo Social comunitario.* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid] https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7112/TFG-G662.pdf sequence=1&isAllowed=y

SERGAS (2017). *Memoria anual 2017.* https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/273/MEMORIA_XXIAC_2017.pdf

— (2018). *Memoria anual 2018..* https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/371/Memoria%202018%20XXIAC.pdf

— (2019). *Memoria anual 2019.* https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/386/Area_Sanitaria_Coru%c3%b1a_Cee_Memoria2019_COMPLETA.pdf

— (2020). *Memoria anual 2020.* https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/676/AREA_SANITARIA_CORUN%cc%83A_CEE_2020_ok.pdf

— (2021). *Carteira de servizos de Traballo Social sanitario de atención primaria de Galicia.* https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1527/Carteira_de_Servizos_TSS.pdf

— (2022b). *Memoria anual 2022.* https://xxicoruna.sergas.gal/DAnosaorganizacion/865/AREA_SANITARIA_CORUN%cc%83A_CEE_2022.pdf

— (2022a). *Memoria 2022.* xxivigo.sergas.gal/DPAnosaorganizacion/Memoria Área Sanitaria Vigo 2022.pdf,

Soto, B. A. (2024, 10 de mayo). «Los Cuidados: de la invisibilidad a la institucionalización», en I. Sánchez (moderador), *Crisis del modelo de cuidados. aportaciones y reflexiones desde el TS. sanitario.* IV Jornada de Trabajo Social y salud. Centro Cultural Marcos Valcárcel, Ourense, Galicia, España.

Verde-Diego, C., González-Rodríguez, R., Frieiro, P., y Fernández-Arias, T. (2021). «Prevalencia del burnout en el Sistema de Servicios Sociales: estudio transversal en servicios sociales comunitarios». *Index de Enfermería*, *30*(3), 174-178. http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S113212962021000200005&lng=es&tlng=es

Vicente, E., Nogués, L. y Orgaz, C. (coords.) (2022). *IV Informe sobre los servicios sociales en España y la profesión del Trabajo Social* (Informe 4). Consejo General de Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/files/62a847340c469/IVInformeServiciosSocialesEspaa.pdf



DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: ANALIZANDO EL POTENCIAL DE TRANSFERIBILIDAD DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN SOCIAL EN SERVICIOS SOCIALES

FROM THEORY TO PRACTICE: ANALYZING THE TRANSFERABILITY POTENTIAL OF SOCIAL INNOVATION PROJECTS IN SOCIAL SERVICES

Luna del Alba Anillo Pérez
Universidad de Huelva. Facultad de Trabajo Social.
Elena Ferri Fuentevilla
Universidad de Huelva. Facultad de Trabajo Social.
Susana Martí García
Universidad de Huelva. Facultad de Trabajo Social.

Resumen: Para mejorar el impacto y adaptabilidad de los proyectos de innovación social, es esencial compartir y transferir de manera efectiva estas innovaciones. Este estudio analiza la capacidad de transferencia de los proyectos de innovación social de la convocatoria L3 de la Junta de Andalucía. Para ello, se identificaron y analizaron los proyectos, se realizaron entrevistas a una muestra representativa de entidades y se llevó a cabo el análisis cualitativo de la información obtenida. En los resultados se identificaron factores que facilitan o dificultan este proceso, así como recomendaciones de mejora. Aunque se incide en el desarrollo de innovaciones sociales en los servicios sociales, la rigidez estructural y la inestabilidad financiera limitan su aplicación y sostenibilidad a largo plazo.

Palabras Clave: Innovación, entrevistas, transferencia, evaluación, servicios sociales.

Abstract: To improve the impact and adaptability of social innovation projects, it is essential to effectively share and transfer these innovations. This study analyzes the transferability of social innovation projects from the Andalusian Regional Government's L3 call for proposals. To this end, projects were identified and analyzed, interviews were conducted with a representative sample of organizations, and a qualitative analysis of the information obtained was conducted. The results identified factors that facilitate or hinder this process, as well as recommendations for improvement. Although the development of social innovations in social services is emphasized, structural rigidity and financial instability limit their implementation and long-term sustainability.

Keywords: Innovation, interviews, transfer, evaluation, social services.

Referencia normalizada: Anillo Pérez, L. del A., Ferri Fuentevilla, E., y Martí García, S. (2025) De la Teoría a la Práctica: Analizando el Potencial de Transferibilidad de Proyectos de Innovación Social en Servicios Sociales. *Trabajo Social Hoy 104*(1), 61-83. Doi:10.12960/TSH.2025.0014

Correspondencia: Luna del Alba Anillo Pérez. *Email:* Lunadelalba.anillo@alu.uhu.es.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio trata de analizar la capacidad de transferencia de los proyectos de innovación social presentados a la convocatoria L3 de la Junta de Andalucía. Teniendo en cuenta que estos proyectos responden a una realidad social compleja y diversa (Belcher *et al*., 2022), es fundamental entender el papel de la innovación social como estrategia esencial para tratar aquellas necesidades sociales que no han sido resueltas por los modelos tradicionales (Spitzer y Twikirize, 2023).

La innovación social se define como la creación y la implementación de nuevas ideas, productos y servicios para tratar las problemáticas sociales mediante prácticas más efectivas, cooperativas y sostenibles (Flynn, 2017; Guzmán *et al*., 2024; Spitzer y Twikirize, 2023; Traube *et al*., 2017). Para que una iniciativa sea considerada como innovación social, es necesario que esté enfocada en la solución de situaciones sociales complejas, ofrezca elementos novedosos, surja a partir de la interacción social entre distintos actores y produzca cambios a través de la colaboración (Rice *et al*., 2017). Su efectividad dependerá de su capacidad de adaptación a otros contextos, así como del fomento del bienestar social (Nandan *et al*., 2019).

Estas innovaciones, además de responder a nuevas demandas, también mejoran las prácticas existentes, tratando de fortalecer tanto la capacidad de acción de la ciudadanía como su sostenibilidad (Rice *et al*., 2017; Spitzer y Twikirize, 2023; Stringfellow, 2017). Sus objetivos se centran en temas sociales, como la promoción del bienestar, la justicia y la equidad social, a diferencia de la innovación empresarial, la cual se enfoca en la rentabilidad financiera (Guzmán *et al*., 2024; Spitzer y Twikirize, 2023).

Según Guzmán *et al*. (2024), se pueden distinguir tres tipos de innovaciones: las orientadas a productos, las centradas en procesos y las de carácter transformador. Las primeras se centran en la creación de servicios o bienes para responder a las necesidades sociales. Las segundas implican cambios en las estructuras organizacionales para adaptarse a los nuevos retos sociales. Por último, las innovaciones transformadoras promueven cambios estructurales y comunitarios más profundos.

A pesar de que, tradicionalmente, la innovación social ha estado asociada con la ingeniería o el ámbito empresarial, progresivamente, ha ido consiguiendo mayor importancia en el trabajo social (Flynn, 2017). Como disciplina de las ciencias sociales, el trabajo social ha ido evolucionando hasta convertirse en un agente de cambio centrado en la protección de los derechos humanos y la mejora de la calidad de vida (Stavreva- Kostadinova, 2018; Traube *et al*., 2017). Desde sus comienzos, influenciado por figuras como Jane Addams en el siglo XIX, la investigación se ha consolidado como una herramienta fundamental para la intervención y la transformación social (Flynn, 2017).

Para lograr un mayor impacto de las innovaciones sociales en el trabajo social, es imprescindible que estén basadas en principios éticos de la disciplina, como la justicia, la inclusión y la implicación de la comunidad (Spitzer y Twikirize, 2023), así como su adaptación a las nuevas realidades sociales a través del intercambio social (Rice *et al*., 2017). Para ello, deben producir una novedad en su aplicación y mejorar la eficacia o la eficiencia respecto a soluciones impulsadas anteriormente (Traube *et al*., 2017).

No obstante, sigue existiendo una brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación práctica. En el ámbito de los servicios sociales algunos obstáculos como la rigidez estructural, la oposición frente al abandono de los modelos convencionales, el aislamiento profesional, y la falta tanto de recursos como de formación en metodologías innovadoras, influyen en el desarrollo tardío de las innovaciones sociales (Traube *et al*., 2017).

Para afrontar estas dificultades, es necesario promover un enfoque integral que mejore las políticas y la cultura organizacional, implicar a las personas usuarias en la creación de innovaciones, fomentar la experimentación sin penalizaciones, desarrollar liderazgos participativos, reducir la burocracia, evaluar de manera continua y formar a las personas profesionales en el desarrollo de estrategias basadas en las personas usuarias (Okpych, 2017; Song *et al*., 2023; Traube *et al*., 2017). Así, el trabajo social logrará promover un verdadero cambio social (Flynn, 2017; Sensoy, 2017).

En este sentido, transferir las innovaciones sociales de manera efectiva es fundamental para aumentar su impacto y adaptabilidad en distintos contextos (Šimelytė *et al*., 2021). Debido a que los recursos disponibles para la investigación suelen ser limitados, es difícil analizar todos los temas en cada situación específica. Por ello, es fundamental tener en cuenta estudios previos realizados en otros entornos y evaluar si sus resultados pueden ser relevantes y aplicables al nuevo contexto (Burchett *et al*., 2013).

Para ello, será necesario compartir el conocimiento generado y reflexionar de manera conjunta sobre las adaptaciones necesarias para su aplicación efectiva en diferentes contextos. Es decir, no solo se trata de transmitir el conocimiento, sino también de que este sea construido a través de procesos colaborativos y reflexivos (Närhi, 2002).

Por tanto, la transferibilidad puede entenderse como la capacidad de aplicar los conocimientos generados en un contexto concreto a otros diferentes, creando nuevos significados a partir de previas experiencias. Esto no quiere decir que haya una verdad universal, sino que es necesario reinterpretar y adaptar los aprendizajes según las características particulares del nuevo contexto. Así, se promoverá la aplicación reflexiva del conocimiento (Drisko, 2025; Närhi, 2002).

Además, es imprescindible que, al generar conocimiento, se considere su potencial de impacto en la práctica, ya que una evaluación inadecuada de su transferibilidad puede dificultar su implementación en otros contextos (Burchett *et al*., 2013). Por este motivo, es de vital importancia tener en cuenta una serie de criterios que facilitan este proceso.

Para empezar, tras la falta de consenso en lo referido a las metodologías, es necesario utilizar enfoques metodológicos pluralistas que puedan tratar la complejidad de este ámbito (McGowan y Westley, 2017; Wittmayer *et al*., 2017). En este sentido, es crucial promover metodologías participativas centradas en las personas, que fomenten la coproducción de conocimiento y enfrenten las relaciones de poder predominantes. Así, se implica a la comunidad en la transformación de la realidad social y se fomenta su empoderamiento (Banerjee *et al.,* 2024).

Por otra parte, será necesaria la colaboración transdisciplinaria de diversos actores como los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil, la ciudadanía y las instituciones académicas (Baru *et al*., 2020; Belcher *et al*., 2022; Käyhkö *et al*., 2025). Para crear una dinámica de colaboración

favorable influirán factores como la confianza, la reciprocidad, la estabilidad de las redes, la cultura de valores compartida y la claridad de objetivos (Anderson y Hardwick, 2017; Majuri, 2022). Además, es crucial que estas alianzas no sean temporales, sino que se mantengan a lo largo del tiempo (Majuri, 2022).

En este sentido, la innovación abierta supone que las organizaciones no solo deben de innovar de manera interna, sino que también es necesario que coproduzcan conocimiento con actores externos (Belcher *et al*., 2022; Majuri, 2022). Al incorporar diferentes perspectivas, se logra tanto un análisis de los problemas sociales más riguroso como una consecución de los resultados más eficaz (Belcher *et al*., 2022; Ødegård *et al*., 2021). No obstante, el grado de implicación puede variar desde la creación activa de conocimiento hasta la recepción pasiva o el cumplimiento simbólico de las demandas institucionales (Käyhkö *et al*., 2025).

La evaluación de la innovación social tiene limitaciones debido a su complejidad, la intangibilidad de sus resultados y la ausencia de una cultura de evaluación. Esto demuestra la necesidad de utilizar métodos de evaluación que vayan más allá de los aspectos económicos y se centren en el impacto social (Cunha y Benneworth, 2020). La ausencia de un consenso sobre su medición dificulta la creación de indicadores simples, coherentes, accesibles e interpretables (Mihci, 2019; Ødegård *et al*., 2021), aunque estos son esenciales para identificar qué funciona, orientar políticas públicas y justificar la distribución de recursos (Cunha y Benneworth, 2020).

Para facilitar su aplicabilidad en otros contextos, es esencial aumentar su capacidad de adaptación, entendida como la habilidad que tiene una iniciativa para ajustarse a otras situaciones y necesidades en constante cambio (Szemző *et al*., 2022). Esto puede lograrse mediante la difusión generativa, la cual no pretende reproducir una innovación de manera exacta, sino ajustarla a diversos contextos (Murray *et al*., 2010). Sin embargo, algunos elementos serán fácilmente transferibles, mientras que otros necesitarán modificaciones (Majuri, 2022). Esta capacidad de ajuste dependerá de las características de la persona receptora (cognitivas, motivacionales y prácticas), emisora (habilidad de comunicación, motivación y competencias) y del contenido (claridad, complejidad, fiabilidad, adecuación) (Lundmark *et al*., 2023).

Por último, la escalabilidad de una innovación social implica expandir su impacto más allá del crecimiento institucional, suponiendo también transformaciones estructurales y culturales (Lam *et al*., 2020; Medianeira *et al*., 2019; Murray *et al*., 2010). Algunas formas de escalamiento pueden ser *scaling out* (aumentar el alcance de personas o comunidades), *scaling up* (impactar en políticas e instituciones) y *scaling deep* (cambiar valores y normas culturales) (Baru *et al.,* 2020). Sin embargo, no existe una única forma de escalar, sino que cada organización debe desarrollar estrategias propias que actúen en los niveles micro (personas o grupos), meso (sectores particulares) y macro (instituciones y estructuras) (Westley *et al*., 2014).

Su efectividad dependerá de las características de la persona emisora (liderazgo, habilidad para establecer alianzas), organizacionales (prestigio, formación, comunicación interna y flexibilidad) y del ambiente externo (apoyo gubernamental, implicación comunitaria y sostenibilidad financiera) (Medianeira *et al*., 2019). No obstante, no todas las innovaciones sociales necesitan escalar, ya que mientras algunas logran impactos duraderos a nivel local sin expansión, otras buscan una transformación estructural para ampliar su impacto (Westley *et al*., 2014).

Dado que la Convocatoria L3 de la Junta de Andalucía es una convocatoria pública de concurrencia competitiva centrada en la financiación de proyectos de investigación e innovación en servicios sociales, estos proyectos deberán demostrar su impacto social, su efectividad técnica y su capacidad para ser replicados en otros contextos. No solo se trata de fomentar dinámicas que mejoren la intervención social, sino también promover la creación de modelos replicables y sostenibles en diferentes entornos (Junta de Andalucía, 2025).

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo principal analizar la capacidad de transferencia de los proyectos de innovación social presentados a la convocatoria de L3 de la Junta de Andalucía. Por ende, se pretende responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Qué factores facilitan la capacidad de transferencia de estos proyectos?; 2) ¿Qué barreras estructurales y organizativas dificultan este proceso?; 3) ¿Qué recomendaciones se pueden considerar para mejorar la transferibilidad en futuras iniciativas? Para ello, la metodología consistió en identificar y analizar los proyectos, realizar entrevistas semiestructuradas a una muestra representativa de entidades y el análisis cualitativo de la información obtenida.

2. METODOLOGÍA

2.1. Muestra

Inicialmente, se llevó a cabo la identificación y recopilación de todos los proyectos. Estos proyectos mostraron las siguientes características: haber sido impulsados por una universidad, un ayuntamiento o una entidad del Tercer Sector, estar localizados en la Comunidad Autónoma de Andalucía, y haber participado en las convocatorias de la L3 de la Junta de Andalucía de 2021, 2022 o 2023. Para ello, se consultaron las resoluciones públicas disponibles y se recogió la información relevante de cada proyecto en una base de datos en Excel, organizada en variables como el nombre del proyecto, el número de expediente, el año de la convocatoria, el objeto del proyecto, el importe concedido, la puntuación obtenida y otras observaciones. Posteriormente, se procedió a la búsqueda y recopilación de los datos de contacto (correo electrónico y número de teléfono) de las personas coordinadoras de estos proyectos en un archivo Excel.

Tras haber recogido toda la información, se llevó a cabo un primer contacto a través de correo electrónico, en el que se explicó brevemente el equipo de trabajo y el objetivo del proyecto, y se solicitó la colaboración para acceder a documentación necesaria como memorias y solicitudes de los proyectos. Además, se realizó un segundo contacto a través de llamadas telefónicas en aquellos casos que no se obtuvo respuesta a través del correo electrónico. Finalmente, debido a que algunas entidades desarrollaron más de un proyecto, se obtuvo un total de 26 memorias procedentes de ocho de entidades del Tercer Sector, tres ayuntamientos y tres universidades.

Estas memorias ofrecidas fueron analizadas a partir de una serie de variables, como los objetivos, la metodología, el colectivo destinatario y los resultados obtenidos. La información recogida no solo facilitó el posterior análisis de los resultados, sino que también permitió realizar un análisis comparativo que sirvió para facilitar la selección de la muestra de esta investigación. Estos datos se recogieron en un documento Excel.

En relación con Mena (2018) y Montañés (2013), en este estudio se ha utilizado un muestreo estructural o teórico, tratando de lograr la diversidad y la representatividad de las personas parti-

cipantes. Por tanto, se eligieron 15 proyectos, de un total de 26 proyectos analizados, distribuidos de la siguiente forma: ocho procedentes de entidades del Tercer Sector, tres de ayuntamientos y cuatro de universidades. Los proyectos incluidos en la muestra se encuentran recogidos en la Tabla 1.

Para garantizar la representatividad de la muestra, se establecieron tres criterios. En primer lugar, se analizó el tipo de organización responsable del proyecto. Así, se eligieron proyectos promovidos por cinco entidades del Tercer Sector, dos ayuntamientos y dos universidades.

En segundo lugar, se tuvo en cuenta el tipo de colectivo atendido. Los proyectos demostraron una diversidad de personas implicadas. Por un lado, la comunidad, como padres y madres, familias con hijos e hijas, mujeres migrantes, población que reside en zonas desfavorecidas (personas desempleadas, mayores, jóvenes, infancia, adolescencia y mujeres), familias en riesgo de exclusión social, las personas usuarias de servicios sociales y sus familiares, del Servicios de Ayuda a Domicilio y personas involucradas en proyectos sociales. Asimismo, se incluyó la implicación de profesionales de servicios sociales y trabajo social, así como de personal de entidades públicas y privadas, asociaciones sociales y vecinales. El rol de cada participante cambió según la orientación del proyecto, pudiendo ser en ocasiones destinatarios directos o indirectos.

Por último, se consideró el grado inicial de idoneidad de los proyectos para su transferencia. Este criterio implicó la evaluación de la información, la incorporación de elementos de innovación social y su representatividad en el ámbito del trabajo social. Por lo que se eligieron aquellos proyectos cuya documentación se consideró ordenada, clara, coherente y comprensible. Además, se tuvo en cuenta la incorporación de indicadores de evaluación y los métodos para la difusión de los resultados.

2.2. Técnica de investigación

Para la recogida de datos, se han realizado 14 entrevistas semiestructuradas a las personas coordinadoras de los 15 proyectos seleccionados en la muestra (Ruslin *et al*., 2022). El hecho de que sean 14 entrevistas, en lugar de 15, se debe a que dos de los proyectos correspondían a la primera y segunda fase de una misma iniciativa de continuidad (ERACIS), por lo que fueron tratados de manera conjunta en una misma entrevista.

Previamente, las personas entrevistadas fueron informadas acerca del objetivo de la entrevista, la confidencialidad de la conversación y el uso exclusivo de la información para la investigación. Además, a través del correo electrónico se recogieron los documentos del consentimiento informado para la participación en la entrevista. Posteriormente, durante la realización de las entrevistas, se volvió a solicitar el consentimiento informado para su grabación.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas de manera online a través de la plataforma *Zoom*, mientras que, minoritariamente, se llevaron a cabo presencialmente en la propia entidad entrevistada. Cada una de ellas tuvo una duración aproximada de una hora.

En la siguiente tabla se ha recogido información relevante sobre las personas entrevistadas y los proyectos correspondientes.

Tabla 1: Perfil de las entidades entrevistadas

Entidad	Persona entrevistada	Nombre del proyecto	Modalidad	Convocatoria	Entrevistas múltiples
Ayuntamiento de Armilla	E1	Aplicación de la perspectiva de género a la intervención en los servicios sociales.	Online	2021	Sí (2)
Ayuntamiento de Montilla	E2	Proyecto de innovación en el acceso a las prestaciones de emergencia social	Online	2022	No
Universidad de Huelva	E3	Identificación de soluciones locales para la prestación de los servicios sociales a través de las tecnologías con enfoque participativo.	Online	2021	No
Ayuntamiento de Armilla	E4	Los Padres Sí Importan.	Online	2023	Sí (2)
Cruz Roja	E5	Medición del impacto en los proyectos sociales desarrollados por Cruz Roja Española en zonas desfavorecidas (ERACIS).	Online	2021	No
Universidad de Huelva	E6	Innovación y diagnóstico de las competencias digitales de las profesionales de Servicios Sociales.	Presencial	2022	No

Universidad Pablo Olavide	E7	Innovación social en Polígono Sur desde la R. U. Flora Tristán.	Presencial	2022	Sí (2)
Universidad Pablo Olavide	E8	La Flora Tristán y los Servicios Sociales del Polígono Sur: 20 años innovando conjuntamente.	Presencial	2023	Sí (2)
Fundación Don Bosco Salesianos Social	E9	Evaluación y diseño de indicadores de impacto, aplicados y transferibles, del proyecto ERACIS.	Online	2021	Sí (3)
Fundación Don Bosco Salesianos Social	E9	Evaluación y diseño de indicadores de impacto, aplicados y transferibles, del proyecto ERACIS (II).	Online	2022	Sí (3)
Asociación Pro-Personas con Necesidades Socioeducativas Especiales y/o Dependientes-ASANSULL	E10	Call-center para el fortalecimiento de los Servicios de Ayuda a Domicilio.	Online	2023	No
Asociación Mujeres en Zona de Conflicto MZC	E11	Investigación acción participativa: promoción de la cooperación ciudadana en los procesos de exclusión para reducir los discursos de odio hacia la inmigración.	Presencial	2021	No

Asociación Centro de Iniciativas Para la Cooperación Batá	E12	Inclusión digital en zonas desfavorecidas: necesidades, prácticas y estrategias	Online	2021	No
Fundación Don Bosco Salesianos Social	E13	Cocinando el cambio en comunidad. Indicadores de impacto transferibles y aplicados al desarrollo comunitario.	Presencial	2023	Sí (3)
Cruz Roja	E14	Medición del impacto del proyecto Red Social para personas mayores: Enrédate	Online	2023	No

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Debido a la especificidad de cada proyecto, la observación de la evolución y aprendizajes, y la posibilidad de comparar la aplicabilidad de una misma lógica de innovación en diferentes contextos, se ha decidido llevar a cabo entrevistas múltiples a aquellas personas coordinadoras que han dirigido más de un proyecto en diferentes convocatorias. Estas entrevistas fueron realizadas en fechas diferentes y de forma separada por cada proyecto, adaptando el guion a la particularidad del contexto de cada proyecto, aunque manteniendo su estructura común, para garantizar la comparación de los resultados. Todo ello contribuyó tanto a mantener la consistencia entre la persona entrevistada y la organización de las entrevistas, como a lograr la validez y fiabilidad de la información (Flick, 2009; Patton, 2002; Ritchie y Lewis, 2003; Seidman, 2006).

A continuación, se ha elaborado una tabla en la que se recoge la estructura del guion común de las entrevistas.

Tabla 2: Estructura del guion

Dimensiones	Indicadores	Preguntas
Origen y justificación	Motivación principal	"¿Qué motivó la creación del proyecto y cuál era la problemática social que se buscaba abordar? ¿Cuál era el objetivo principal y a qué colectivos estaba dirigido el proyecto?"
	Problemática social	
	Objetivo principal	
	Colectivos destinatarios	
Modelo de intervención	Descripción general del funcionamiento	"¿Puedes describirnos, de manera general, cómo funcionaba el proyecto? ¿Desarrollasteis alguna metodología, proceso o herramienta innovadora? Si es así, ¿en qué consistía? Está recogida en algún manual o plataforma? Si es así, ¿es fácil de entender y usar para alguien externo? ¿Se ha aplicado esta metodología en otros proyectos o contextos?"
	Carácter innovador	
	Documentación y comprensibilidad externa	
	Aplicación externa	

Colaboración	Tipos de actores	"¿Con qué actores colaborasteis en el proyecto (ONGs, gobierno local, empresas, universidades, comunidad organizada, etc.) y qué papel tuvo cada uno de ellos en el proyecto?
	Roles	
	Dinámica de colaboración	¿Cómo fue la dinámica de colaboración? ¿Qué aspectos funcionaron bien y qué dificultades aparecieron?
	Acuerdos formales o mecanismos de colaboración	¿Se establecieron acuerdos formales o mecanismos de coordinación que se mantengan actualmente?"
Impacto y resultados	Cambios en participantes y comunidad	"¿Qué cambios significativos tuvo el proyecto en las personas participantes y en la comunidad en general (servicios locales, medio ambiente, relaciones comunitarias)?
	Impactos concretos e inesperados	¿Puedes compartir algún ejemplo concreto de ese impacto y posibles impactos inesperados (positivos o negativos)?
	Creación de productos	¿Se ha creado algún "producto" a partir del proyecto (herramientas, metodologías, materiales, web, etc.)? ¿Qué utilidad o relevancia han tenido?
	Claridad, comprensibilidad y capacidad de comunicación externa	Desde una perspectiva externa, ¿piensas que los resultados son claros, comprensibles y fáciles de comunicar?"

Medición/ evaluación	Uso de datos previos	"¿Contábais con datos previos (solicitud) para poder comparar los resultados obtenidos? ¿Cómo se midieron los cambios logrados? ¿Se definieron indicadores clave para ello?"
	Métodos de medición e indicadores	
Flexibilidad y adaptabilidad	Cambios y aprendizajes durante la ejecución	"Durante la ejecución, ¿hubo cambios respecto al plan inicial? En el caso de que sea así, ¿cómo se gestionó el cambio? y ¿qué aprendizajes surgieron de ellos? ¿Piensas que el proyecto (acción/producto) se puede adaptar a otros contextos? y ¿Qué elementos crees que podrían transferirse con mayor facilidad? Pensando en su replicabilidad, si el proyecto se pusiera en marcha en otro contexto, ¿qué elementos del proyecto deberían mantenerse tal como están, cuáles podrían ajustarse, y qué factores del nuevo contexto (culturales, económicos, legales) habría que considerar?"
	Percepción de adaptabilidad	
	Elementos facilitadores de transferencia	
	Elementos a mantener y ajustar	
	Factores contextuales a considerar	
Escalabilidad y sostenibilidad	Crecimiento o mantenimiento en el tiempo	"¿Piensas que el proyecto, o alguna parte del mismo, ¿ha crecido o se ha mantenido en el tiempo? ¿Qué factores son los que han contribuido a ello? Sabemos que el proyecto se ha financiado con fondos externos, pero desde vuestra organización, ¿se han implementado estrategias para su sostenibilidad a largo plazo (como generación de ingresos, voluntariado, integración institucional o comunitaria)?"
	Factores influyentes en escalabilidad	
	Estrategias propias de sostenibilidad	

Síntesis y cierre	Fortalezas y retos	"Si tuvieras que destacar tres fortalezas y tres retos del proyecto en cuanto a su capacidad de transferencia, ¿cuáles serían?
	Recomendaciones	¿Qué recomendaciones harías a alguna entidad que quisiera desarrollar un proyecto como el vuestro en otro contexto?
	Otros aspectos relevantes	¿Hay algún otro aspecto relevante del proyecto o de su capacidad de transferencia que consideres importante y no hayamos mencionado?"

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Finalmente, para el análisis de los datos se empleó una metodología cualitativa basada en el Análisis Temático Dirigido, debido a su capacidad para organizar y describir información cualitativa (Braun y Clarke, 2006). Este proceso se realizó de manera manual y rigurosa. Por lo que, en vez de crear temas de manera inductiva desde los datos, se utilizó un enfoque deductivo, utilizando las dimensiones preestablecidas en el guion de la entrevista (véase en Tabla 2) como temas principales para la codificación y análisis de la información.

Posteriormente, las entrevistas realizadas fueron transcritas a través de la herramienta *Pinpoint*, con el fin de facilitar el posterior análisis cualitativo de los datos. Cada transcripción fue analizada de manera profunda, estableciendo los fragmentos de los discursos importantes a cada uno de los temas preestablecidos. Así, se pudo realizar un análisis comparativo organizado entre los distintos proyectos, asegurando que se analizan de manera coherente los aspectos esenciales para la transferibilidad identificados en la literatura.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio se ha mostrado la importancia de tener en cuenta una serie de criterios para lograr la transferencia efectiva de las innovaciones sociales. Estos temas (origen y justificación, modelo de intervención, colaboración, impacto y resultados, medición y evaluación, flexibilidad y adaptabilidad, y escalabilidad y sostenibilidad, y síntesis y cierre) han sido tratados en todas las entrevistas realizadas. A continuación, se analiza cada tema de forma independiente, comparando las perspectivas de las personas entrevistadas e incorporando su interpretación teórica.

3.1. Origen y justificación

Los proyectos analizados pueden ser considerados como iniciativas de innovación social, ya que han estado enfocados en mejorar situaciones sociales complejas, han utilizado metodologías novedosas y participativas, y han producido cambios mediante prácticas colaborativas, lo cual coincide con lo señalado por Rice *et al*. (2017).

Sus objetivos pueden relacionarse con la tipología de innovaciones propuesta por Guzmán *et al*. (2024), ya que no solo pretendieron responder a necesidades sociales concretas (innovaciones orientadas a productos) y cambiar las culturas organizativas (innovaciones centradas en procesos), sino que también buscaron lograr cambios estructurales y comunitarios más profundos, a través del empoderamiento comunitario, la reconstrucción de las relaciones y una mayor implicación comunitaria en la generación de conocimiento.

Siguiendo a Belcher *et al*. (2022), estos proyectos llevaron a cabo análisis contextuales para responder a las realidades sociales complejas, diversas y en constante cambio. Así, pudieron tratar tanto retos nuevos, como los surgidos tras la pandemia, como problemas estructurales persistentes, relacionados con deficiencias en los servicios sociales, desigualdades sociales concretas y, en menor medida, una escasa cultura de evaluación (Rice *et al*., 2017; Spitzer y Twikirize, 2023; Stringfellow, 2017). Este último problema no solo coincide con las limitaciones de la evaluación de la innovación social señaladas por Cunha y Benneworth (2020), sino que también muestra la menor atención hacia los sistemas de evaluación en comparación con otros problemas estudiados, así como la importancia de fomentar la medición del impacto social.

3.2. Modelo de intervención

La mayoría de los proyectos siguieron una estructura común basada en fases de diagnóstico, metodología, implementación y evaluación, con un enfoque participativo basado en la Investigación Acción Participativa (IAP). Este demuestra la importancia de implicar a la comunidad como agente activo en la producción de conocimiento y transformación social, abandonando aquellos modelos en los que la ciudadanía es vista solo como receptora pasiva, como señalan Banerjee *et al*. (2024) y Käyhkö *et al*. (2025).

> Estamos convencidos de que la investigación participativa (...) nos permite tener un contacto con la gente con la que realmente trabajamos y conocer su opinión (...). Por lo menos que estén presentes en toda la fase del proyecto, no solamente a la hora de la ejecución de la investigación (...) (E12).

A su vez, han demostrado una gran capacidad de adaptación al contexto local y un claro compromiso con la transferencia del conocimiento producido. Esta transferencia no solo refleja la importancia de transmitir y construir el conocimiento mediante procesos colaborativos, como indica Närhi (2002), sino que también confirma su verdadero cumplimiento en la realidad práctica, lo cual es esencial para adaptar los aprendizajes y facilitar su replicación en otros contextos.

En cuanto a la metodología, se utilizaron enfoques pluralistas que combinaron la adaptación de herramientas existentes, como el *benchmarking*, los HUBS, el modelo de los cinco efectos o el SROI, con el desarrollo de herramientas propias, como cuestionarios específicos, herramientas de autoevaluación o mapeo colectivo a través de Google Earth (McGowan y Westley, 2017; Wittmayer *et al*., 2017). Esto demuestra que la innovación social no siempre implica crear algo desde cero, sino también adaptar y mejorar las soluciones preexistentes a través de nuevas aplicaciones, coincidiendo con los hallazgos de Traube *et al*. (2017).

Además, la claridad, accesibilidad y replicabilidad de muchas de estas metodologías fortalecen su potencial de transferibilidad. Por lo que, como señalan Burchett *et al*. (2013), se observa la

importancia de llevar a cabo una evaluación adecuada de esta capacidad al generar conocimiento para facilitar su aplicación en otros contextos.

Los HUBS sí que se están aplicando cada vez más en ciencia en ciencias sociales, en ingeniería muchísimo y luego también en temas de diseño social, de arquitectura social, urbanismo social (...). En Latinoamérica sí que está mucho más desarrollado que aquí (...). Aquí en España yo creo que poco. Estamos ahí, ya se están notando que hay más resultados y que funciona (...) (E3).

3.3. Colaboración

La mayoría de los proyectos llevaron a cabo una colaboración intersectorial que involucró a organismos públicos, comunidad, entidades del tercer sector, y en menor medida, universidades y empresas privadas (Baru *et al*., 2020; Belcher *et al*., 2022; Käyhkö *et al*., 2025). Esta variedad de actores demostró una forma de innovación abierta, al no solo innovar de manera interna, sino también coproducir conocimiento con otros actores externos, coincidiendo con Belcher *et al*. (2022) y Majuri (2022).

En cuanto a los elementos que facilitaron la colaboración se encuentran la predisposición y flexibilidad, la confianza previa, el uso de metodologías participativas, la concienciación, la cercanía geográfica y el reparto de tareas de manera clara y anticipada. Algunos de estos elementos, como la confianza, la concienciación, el reparto de tareas y la implicación, coinciden con los estudios de Anderson & Hardwick (2017) y Majuri (2022), demostrando su importancia para lograr una colaboración efectiva.

Para nosotros han sido muy cercanos (...) se han adaptado en todo momento, en cuanto al lenguaje, en cuanto a transmitir ese conocimiento (...). Han sido siempre muy colaborativos, nos han ayudado muchísimo (...) (E9).

Sin embargo, también se identificaron barreras como la falta de tiempo y recursos, la carga burocrática, la rotación del personal y la desconfianza institucional. Estas dificultades muestran la necesidad de fortalecer la cultura organizacional, fomentando una mayor implicación, reduciendo la sobrecarga laboral, mejorando la coordinación, promoviendo una colaboración participativa y reduciendo los procesos burocráticos, para sostener las alianzas (Okpych, 2017; Song *et al*., 2023; Traube *et al*., 2017).

Porque estamos trabajando con diferentes familias que están siendo atendidas por muchos otros servicios y no lo sabemos (...). No hay conexión entre entidades, cada uno con sus colectivitos, sus grupitos y muchas veces estamos sobreinterviniendo (...) (E8).

Aunque en general la colaboración se produjo de manera informal, algunos proyectos formalizaron convenios, lo cual muestra la necesidad de institucionalizar más las alianzas. Sin embargo, esto no fue un factor determinante para su continuidad, ya que, en la mayoría de los casos, estas alianzas se han mantenido tras acabar los proyectos. Por lo tanto, esta continuidad es fundamental para sostener las dinámicas de innovación social a largo plazo, como señala Majuri (2022).

3.4. Impacto y resultados

En cuanto a los impactos positivos se encuentra la participación activa, la mejora del bienestar, la concienciación, la generación de confianza y el alcance de la difusión del conocimiento. Esto no solo demuestra la efectividad de las intervenciones, como indican Nandan *et al*. (2019), sino también su relación con temas sociales (Guzmán *et al.*, 2024; Spitzer y Twikirize, 2023).

Yo creo que ponerle nombre a muchas vivencias suyas. Entonces, creo que la identificación de cosas que les estaban pasando, yo creo que ahí ya hay un avance, porque muchas veces, claro, lo que no se nombra no existe, ¿no? (E11).

Sin embargo, también se encontraron impactos negativos como la rigidez legal, la rotación del personal, el aislamiento profesional, la escasez de recursos y la resistencia al cambio, los cuales coinciden con los hallazgos de Traube *et al*. (2017). Por lo tanto, es necesario promover una mayor estabilidad institucional y colaboración en red, la asignación adecuada de recursos y una cultura organizativa abierta al aprendizaje y la innovación, sin penalizaciones (Okpych, 2017; Song *et al*., 2023; Traube *et al*., 2017).

Sí es verdad que un 17 % de los agentes sociales lo valoraron que es de interés, pero que supone más trabajo para los... Es verdad que todo lo que es hacer algo nuevo y distinto siempre se percibe como mayor carga de trabajo (E10).

La variedad de productos generados, como protocolos, sistemas de indicadores, manuales, guías, materiales de comunicación y difusión científica, demuestra un compromiso con la generación del conocimiento y su transferencia. Asimismo, tanto el uso de un lenguaje claro como formatos accesibles facilitaron su comprensión externa. No obstante, coincidiendo con Drisko (2025) y Närhi (2002), estos productos no se deben entender como soluciones universales, sino como aprendizajes que se tienen que adaptar a distintos contextos.

3.5. Medición/evaluación

El hecho de contar con datos previos, obtenidos a través de cuestionarios, grupos de control y datos existentes de proyectos anteriores, permitió llevar a cabo comparaciones entre situaciones iniciales y finales, y con ello, realizar evaluaciones más precisas.

Además, se utilizaron indicadores y herramientas cualitativas, como encuestas de satisfacción, diarios de campo o seguimientos narrativos, logrando así una evaluación integral. El uso de indicadores en todos los proyectos muestra su importancia a la hora de medir los resultados obtenidos e identificar posibles áreas de mejora, como plantea Cunha y Benneworth (2020).

Sin embargo, se mencionaron algunos obstáculos que pueden limitar su utilización, como la falta de personal especializado, recursos limitados y una escasa cultura de evaluación. Estos factores no solo coindicen con los hallazgos de Cunha y Benneworth (2020), sino que demuestran el riesgo de realizar evaluaciones superficiales o con papeles secundarios en los proyectos desarrollados en el contexto andaluz. Por lo tanto, es fundamental fomentar tanto una cultura de evaluación continua y flexible como la formación de profesionales en este ámbito (Okpych, 2017; Song *et al*., 2023; Traube *et al*., 2017).

Nosotros (...) estamos más satisfechos con la parte de generar (...) conciencia sobre la necesidad de utilizar herramientas de medición de impacto (...) de hacer evaluaciones del impacto (...). Pensamos que (...) estamos generando cambio (...) pero en realidad creemos que (...) no está suficiente demostrado (E5).

3.6. Flexibilidad y adaptabilidad

Los proyectos demostraron una gran capacidad de adaptación al realizar cambios en cronogramas, muestras, métodos de recogida de datos o presupuestos ante contextos dinámicos e impredecibles, como la pandemia de COVID-19, sin afectar a la calidad de los resultados. Esto fue posible gracias a la presencia de equipos flexibles y comprometidos, así como una planificación abierta que permita responder a los cambios.

Por otro lado, todas las personas coincidieron en que sus proyectos tienen un alto grado de adaptabilidad, ya que no buscaban una réplica exacta, sino una adaptación contextualizada, relacionándose con el concepto de difusión generativa propuesto por Murray *et al*. (2010). Entre los factores que facilitan su transferibilidad se encuentran las metodologías claras, sencillas, flexibles, prácticas, participativas, validadas y organizadas en fases, así como su carácter abierto y adaptable, y la relevancia y amplitud de los temas tratados.

Como plantea Majuri (2022), para replicar eficazmente estas dinámicas, algunos elementos podrán mantenerse, como la estructura metodológica, la implicación y compromiso del equipo, el enfoque participativo y la colaboración en red, mientras que otros necesitarán ajustes, como el lenguaje, la composición de participantes, los formatos y herramientas utilizadas, y los marcos temporales.

Habría que adaptarse a las tecnologías que están ahora, que no son exactamente las mismas que las que había hace 3 años o que las que se usaron durante la pandemia (E6).

(...) Pues a lo mejor no todas las entidades pueden hacerlo con chicos con discapacidad que han funcionado tan bien, pero sí podrían establecer unas redes de voluntariado (E10).

Asimismo, factores externos como las limitaciones legales, el apoyo institucional, la cultura organizativa (disponibilidad, implicación, compromiso), la disponibilidad de recursos, el perfil sociodemográfico, el grado de confianza entre actores, la cohesión comunitaria o las barreras culturales o simbólicas, influirán en la replicación. Esto nos muestra cómo la adaptabilidad no solo depende de la persona que quiere replicar la iniciativa, sino también de las características del contenido (comprensibilidad, accesibilidad, claridad) y de la persona que ha impulsado el proyecto (competencias, implicación, compromiso), como indican Lundmark *et al*. (2023).

3.7. Escalabilidad y sostenibilidad

La mayoría de los proyectos han logrado escalar, ya sea de manera total o parcial, excepto uno centrado en un objetivo puntual. Esto demuestra que no todas las innovaciones sociales necesitan escalar para generar impacto. Es decir, en gran parte de los casos, las iniciativas han buscado una transformación estructural para ampliar su alcance, mientras que otras han conseguido resultados significativos y prolongados a nivel local sin tener que expandirse, coincidiendo con lo planteado por Westley *et al*. (2014).

Los factores que han favorecido esta escalabilidad son el trabajo en red, el apoyo institucional, la flexibilidad y utilidad de las herramientas, así como la motivación del equipo y la importancia de los temas tratados. Estos elementos pueden analizarse a partir de la clasificación propuesta por Medianeira *et al*. (2019), que distingue, por un lado, factores organizacionales, como la implicación y motivación del equipo, y, por otro lado, factores del entorno externo, como el trabajo en red y el apoyo institucional. En este sentido, estos resultados muestran que la escalabilidad no solo depende de la disponibilidad de recursos económicos, sino también de la capacidad de las organizaciones para crear metodologías prácticas, adaptables y relacionadas con la realidad social.

Sin embargo, aunque algunas entidades han desarrollado estrategias propias de sostenibilidad, como voluntariado, participación comunitaria y la movilización de fondos privados o relacionados con las trayectorias de los grupos de investigación, la dependencia de recursos públicos sigue siendo elevada, ya que los recursos propios utilizados son en su mayoría humanos, y no económicos. Esta situación demuestra una fuerte dependencia del apoyo institucional para la continuidad de los proyectos en el contexto andaluz, por lo que es necesario fortalecer mecanismos que promuevan una mayor autonomía financiera.

3.8. Síntesis y cierre

En definitiva, la transferibilidad de los proyectos analizados se basa en fortalezas fundamentales como su sencillez e innovación metodológica, capacidad de adaptación y enfoque colaborativo. Estos elementos no solo han influido en el impacto de los contextos iniciales, sino que también los convierten en modelos que pueden ser replicados en otros contextos. El hecho de que, desde el comienzo, hayan sido desarrolladas con una perspectiva adaptable y que hayan producido cambios significativos en las personas implicadas, fortalece su capacidad de transferencia, como plantean Nandan *et al*. (2019) y Szemző *et al*. (2022).

Sin embargo, los retos identificados, como la inestabilidad financiera, la dependencia de recursos humanos (disponibilidad, implicación, compromiso, colaboración, coordinación) y la complejidad técnica, muestran la importancia de planificar de manera cuidadosa a la hora de replicarlas en otros entornos.

En este sentido, es de vital importancia tener en cuenta las recomendaciones ofrecidas por las distintas personas entrevistadas: realizar diagnósticos contextuales, fomentar alianzas colaborativas, promover la participación de la comunidad y una cultura organizacional basada en la formación constante, la evaluación continua y la apertura al aprendizaje. Estas orientaciones, que coinciden con lo planteado por Okpych (2017), Song *et al*. (2023) y Traube *et al*. (2017), se consideran elementos esenciales para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones a la hora de ser replicadas en otros contextos.

4. CONCLUSIONES

Los proyectos de innovación social financiados por la convocatoria L3 han demostrado una alta capacidad de transferencia, gracias a factores como la claridad, flexibilidad, validación y accesibilidad metodológica, la organización en fases, el enfoque participativo, la colaboración intersectorial y su capacidad de adaptación al contexto. Además, tanto la implicación,

compromiso y flexibilidad de los equipos como la importancia y amplitud de los temas tratados, reforzaron esta capacidad.

Sin embargo, este proceso puede verse dificultado por barreras estructurales y organizativas como la inestabilidad financiera, la dependencia de recursos humanos, la falta de apoyo institucional, y las dificultades legales y de coordinación. Además, también influyen factores externos como la disponibilidad de recursos, el grado de cohesión comunitaria, las barreras culturales o simbólicas y el nivel de confianza entre actores. Para afrontar estas limitaciones, se recomendó realizar diagnósticos contextuales previos, planificar con flexibilidad, promover alianzas cooperativas, utilizar metodologías participativas y fortalecer una cultura organizacional basada en el aprendizaje colectivo y la evaluación continua.

Por lo tanto, estos resultados confirman que los proyectos analizados pueden ser considerados como verdaderas iniciativas de innovación social, ya que se adaptaron a contextos complejos a través de metodologías colaborativas y flexibles, respondieron a necesidades sociales concretas y produjeron cambios estructurales y comunitarios más profundos. Además, se ha podido comprobar cómo su transferibilidad, escalabilidad y sostenibilidad no solo dependen de recursos económicos, sino también de factores humanos (implicación del equipo y trabajo en red) y del diseño metodológico (claridad, adaptabilidad y enfoque participativo).

Estos resultados tienen implicaciones prácticas importantes para diferentes actores. Por un lado, es fundamental que profesionales del trabajo social utilicen metodologías participativas y flexibles, establezcan alianzas colaborativas, reconozcan a la comunidad como agente activo de cambio y se formen en evaluación e innovación.

Por otro lado, para las entidades del Tercer Sector se muestra que la innovación no siempre necesita grandes recursos económicos, sino equipos implicados, redes de colaboración sólidas y metodologías claras, accesibles y participativas. También, es imprescindible fomentar una mayor autonomía financiera a través del desarrollo de estrategias propias sostenibles.

Por último, para la Junta de Andalucía, estos resultados muestran el verdadero impacto de los proyectos subvencionados y su gran capacidad de replicación. Esto refuerza la importancia de seguir fomentando políticas de apoyo a la innovación social, pero también de fortalecer algunos aspectos en futuras convocatorias. Por ejemplo, se recomienda promover evaluaciones rigurosas del impacto social, disminuir las barreras burocráticas, fomentar la formalización de redes de colaboración, ofrecer apoyo técnico continuado e impulsar una cultura organizativa abierta al aprendizaje, la innovación y la mejora continua.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran los retrasos en la recogida de datos debido a la escasa disponibilidad y colaboración de algunas entidades, lo que impidió hacer una de las 15 entrevistas previstas. Por lo que una mayor disposición para colaborar habría posibilitado ampliar la muestra y agilizar la recogida de datos. No obstante, se pudieron realizar 14 entrevistas semiestructuradas que representaron una muestra diversa y permitieron obtener información valiosa para el análisis de los datos. A su vez, la falta de tiempo también dificultó la posibilidad de realizar el análisis cualitativo a través del *software* Atlas.ti, aunque se compensó a través de un análisis manual riguroso. Asimismo, no se realizó una metodología mixta, op-

tando por una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas, en la cual la coherencia del guion y la variedad de experiencias garantizaron un análisis significativo.

Como futuras líneas de investigación, este estudio tendrá continuidad, llevando a cabo las entrevistas pendientes y el análisis cualitativo a través del software Atlas.ti, lo cual permitirá enriquecer los resultados. Además, se prevé crear una base de datos cuantitativa a partir de las variables más importantes extraídas del análisis cualitativo. Así, se utilizará una metodología mixta que permita evaluar el impacto de estos proyectos de forma más precisa.

Finalmente, es fundamental seguir investigando y promoviendo una innovación social que no solo se genere en contextos concretos, sino que también se comparta y transfiera de forma eficaz para aumentar su impacto y lograr un cambio social más justo y sostenible. El intercambio de conocimientos y experiencias fortalecen la capacidad colectiva para tratar los problemas sociales complejos, reducir las desigualdades y crear prácticas más inclusivas. De esta manera, la innovación se convierte en una verdadera estrategia de transformación social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, A. R. y Hardwick, J. (2017). «Collaborating for innovation: the socialised management of knowledge». *International Entrepreneurship and Management Journal*, *13*, 1181-1197. https://doi.org/10.1007/s11365-017-0447-6

Banerjee, S., Shajahan, P. K., Ghunnar, P. y Shaikh, M. (2024). «Participatory Methodologies as People-Centered Social Innovation: Listening to Voices of People in Policy Practice». *Societies*, *14*(12), 1-15. https://doi.org/10.3390/soc14120256

Baru, A., Treat, A., Lonnberg, D., Hoermann, E., Taher, F., Moges, M. y Yang, Z. (2020). *Strategy to scale social innovation for development: A hands-on report for UNDP Accelerator Labs to enable context-specific scaling of social innovation to achieve the SDGs*. United Nations Development Programme. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/acceleratorlabs/Sca lingStrategy_UNDPAccLabs_SIPAL.pdf

Belcher, B. M., Claus, R., Davel, R. y Jones, S. M. (2022). «Evaluating and improving the contributions of university research to social innovation». *Social Enterprise Journal*, *18*(1), 51-120. https://doi.org/10.1108/SEJ-10-2020-0099

Braun, V. y Clarke, V. (2006) «Using thematic analysis in psychology». *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Burchett, H. E. D., Mayhew, S. H., Lavis, J. N. y Dobrow, M. J. (2013). «When can research from one setting be useful in another? Understanding perceptions of the applicability and transferability of research». *Health promotion international*, *28*(3), 418-430. https://doi.org/10.1093/heapro/das026

Cunha, J. y Benneworth, P. (2020). « How to measure the impact of social innovation initiatives?». *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, *17*(1), 59-75. https://doi.org/10.1007/s12208-019-00240-4

Drisko, J. W. (2025). «Transferability and generalization in qualitative research». *Research on Social Work Practice*, *35*(1), 102-110. https://doi.org/10.1177/10497315241256560

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research.* Sage publications. https://elearning.shisu.edu.cn/pluginfile.php/35310/mod_resource/content/2/Res earch-Intro-Flick.pdf

Flynn, M. L. (2017). «Science, Innovation, and Social Work: Clash or Convergence?». *Social Work Practice, 27*(2), 123-128. https://doi.org/10.1177/1049731516686198

Guzmán, C., Santos, F. J. y Savall, T. (2024). «How to explain social innovation in elderly care services: The role of for-profit and non-profit social enterprises». *International Entrepreneurship and Management Journal, 20,* 1849-1877. https://doi.org/10.1007/s11365-023-00942-6

Junta de Andalucía (29 de mayo de 2025). *Subvenciones para la investigación e innovación en Servicios Sociales/Línea 3/Bases Reguladoras 2021.* https://www.juntadeandalucia.es/servicios/sede/tramites/procedimientos/detalle/ 24567.html

Käyhkö, J., Hildén, M., Hyttinen, I. y Korhonen-Kurki, K. (2025). «The emerging institutionalisation of knowledge co-production in sustainability research». *Ambio*, 1-14. https://doi.org/10.1007/s13280-025-02161-5

Lam, D. P. M., Martín-López, B., Wiek, A., Bennett, E. M., Frantzeskaki, N., Horcea- Milcu, A. I. y Lang, D. J. (2020). «Scaling the impact of sustainability initiatives: A typology of amplification processes». *Urban Transformations*, *2*, 1-24. https://doi.org/10.1186/s42854-020-00007-9

Lundmark, C., Nilsson, J. y Krook-Riekkola, A. (2023). «Taking Stock of Knowledge Transfer Studies: Finding Ways Forward». *Environmental Management*, *72*(6), 1146-1162. https://doi.org/10.1007/s00267-023-01877-y

Majuri, M. (2022). «Inter-firm knowledge transfer in R&D project networks: A multiple case study». *Technovation*, *115*, 1-19. https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102475

McGowan, K. A. y Westley, F. (2017). «Constructing the evolution of social innovation: Methodological insights from a multi-case study». *European Public & Social Innovation Review, 2*(1), 93-109. https://doi.org/10.31637/epsir.17-1.7

Medianeira Bolzan, L., Cristina Bitencourt, C. y Volkmer Martins, B. (2019). «Exploring the scalability process of social innovation». *Innovation & Management Review*, *16*(3), 218-234. https://doi.org/10.1108/INMR-05-2018-0029

Mena Martínez, L. (2018). «La muestra cualitativa en la práctica: Una propuesta». *Revista EIXO, 8*(3), 4-15. https://scispace.com/pdf/la-muestra-cualitativa-en-la-practica-una-propuesta-1fsugecby0.pdf

Mihci, H. (2019). «Is measuring social innovation a mission impossible?». *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, *33*(3), 337–367. https://doi.org/10.1080/13511610.2019.1705149

Montañés Serrano, M. (2013). *Diseño científico de muestras estructurales*. Universidad de Valladolid. https://almena.uva.es/discovery/fulldisplay?vid=34BUC_UVA:VU1&docid=alma991008076281305774&context=L

Murray, R., Caulier-Grice, J. y Mulgan, G. (2010). *The open book of social innovation*. The Young Foundation & NESTA. https://youngfoundation.org/wp- content/uploads/2012/10/The-Open-Book-of-Social-Innovationg.pdf

Nandan, M., Singh, A. y Mandayam, G. (2019). «Social Value Creation and Social Innovation by Human Service Professionals: Evidence from Missouri, USA». *Administrative Sciences, 9*(4), 1-22. https://doi.org/10.3390/admsci9040086

Närhi, K. (2002). «Transferable and negotiated knowledge: Constructing social work expertise for the future». *Journal of Social Work*, *2*(3), 317-336. https://doi.org/10.1177/146801730200200304

Ødegård, A., Waldahl, R. H., Willumsen, E., Iakovleva, T. y Strype, J. (2021). «The conceptual and methodological development of the Social Innovation Measurement Model Questionnaire (SIMM-Q)». *Academic Quarter| Akademisk kvarter, 23,* 156-171. https://doi.org/10.5278/academicquarter.vi23.7035

Okpych, N. J. (2017). «A Historical Perspective on the Future of Innovation in Social Work». *Social Work Practice, 27*(2), 150-153. https://doi.org/10.1177/1049731516658355

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage publications. https://aulasvirtuales.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/qualitative- research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf

Rice, E., Petering, R., Stringfellow, E. y Craddock, J. B. (2017). «Innovations in Community-Based and Interdisciplinary Research: A Network Perspective on Innovation in Social Work Science». *Social Work Practice, 27*(2), 189-193. https://doi.org/10.1177/1049731516685620

Ritchie, J. y Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers.* SAGE Publications. https://mthoyibi.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/qualitative-research-practice_a-guide-for-social-science-students-and-researchers_jane- ritchie-and-jane-lewis-eds_20031.pdf

Ruslin, R., Mashuri, S., Abdul Rasak, M. S., Alhabsyi, F. y Syam, H. (2022).« Semi- structured Interview: A methodological reflection on the development of a qualitative research instrument in educational studies». *IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME), 12*(1), 22-29. DOI: 10.9790/7388- 1201052229

Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers College Press. https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=563ce2da6225ff3cae8b4590&assetKey=AS%3A292843798188032%401446830810198

Sensoy Bahar, O. (2017). «A Promising Partnership: Uncovering the Middle Ground Between Social Innovation and Social Work: Response to Dr. Marilyn L. Flynn's Remarks». *Social Work Practice, 27*(2), 131-133. https://doi.org/10.1177/1049731516658769

Šimelytė, A., Tvaronavičienė, M., Holmen, R. B., Burinskas, A. y Razminienė, K. (2021). «Knowledge and technology transfer as driving force for social innovations». *Polish Journal of Management Studies*, *23*(2), 512-536. 10.17512/pjms.2021.23.2.31

Song, Y., Lan, J., Zheng, G. y Wang, Y. (2023). «Innovation of Social Workers Under Different Leadership Styles: An Experimental Vignette Study». *Social Work Practice, 33*(7), 754-767. https://doi.org/10.1177/10497315221131319

Spitzer, H. y Twikirize, J. (2023). «Social innovations in rural communities in Africa's Great Lakes region. A social work perspective». *Journal of Rural Studies, 99,* 262-271. https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.10.013

Stavreva-Kostadinova, P. (2018). «Training of social management specialists for participation in social innovation teams». *TEM Journal*, *7*(2), 348-354. https://dx.doi.org/10.18421/TEM72-16

Stringfellow, E. J. (2017). «Applying Structural Systems Thinking to Frame Perspectives on Social Work Innovation». *Social Work Practice, 27*(2), 154-162. https://doi.org/10.1177/1049731516660850

Szemző, H., Mosquera, J., Polyák, L. y Hayes, L. (2022). «Flexibility and adaptation: Creating a strategy for resilience». *Sustainability*, *14*(5), 1.19. https://doi.org/10.3390/su14052688

Traube, D. E., Begun, S., Okpych, N. y Choy-Brown, M. (2017). «Catalyzing Innovation in Social Work Practice». *Social Work Practice, 27*(2), 134-138. https://doi.org/10.1177/1049731516659140

Traube, D. E., Begun, S., Petering, R. y and Flynn, M. L. (2017). «Beta Testing in Social Work». *Social Work Practice, 27*(2), 163-168. https://doi.org/10.1177/1049731516659142

Westley, F., Antadze, N., Riddell, D. J., Robinson, K. y Geobey, S. (2014). «Five configurations for scaling up social innovation: Case examples of nonprofit organizations from Canada». *The Journal of Applied Behavioral Science*, *50*(3), 234-260. https://doi.org/10.1177/0021886314532945

Wittmayer, J. M., Pel, B., Bauler, T. y Avelino, F. (2017). Editorial Synthesis: «Methodological Challenges in Social Innovation Research». *European Public & Social Innovation Review, 2*(1), 1-16. https://doi.org/10.31637/epsir.17-1.1



LA MATERNIDAD SOLTERA EN MARRUECOS: ANÁLISIS DEL MODELO DE EMPODERAMIENTO DE 100% MAMANS

SINGLE MOTHERHOOD IN MOROCCO: ANALYSIS OF THE 100% MAMANS EMPOWERMENT MODEL

Mohammed Haouari
Instituto Nacional de Acción Social (INAS).

Resumen: En Marruecos, el estigma social y varias formas de exclusión legal y cultural continúan rodeando la maternidad soltera. Este artículo cuenta las historias de mujeres que crían a sus hijas solas, luchando por la dignidad en un entorno que a menudo las hace invisibles. A partir del análisis del trabajo de la asociación 100% Mamans, se examinan prácticas concretas de acompañamiento, apoyo emocional y desarrollo de capacidades. La investigación, de enfoque cualitativo, se basa en entrevistas, observación directa y revisión documental. Los relatos recogidos reflejan avances en autoestima, autonomía financiera e integración en el entorno comunitario. No obstante, también se ponen de manifiesto los límites de estas iniciativas cuando no van acompañadas de marcos institucionales más inclusivos.

Palabras Clave: Madres solteras, empoderamiento femenino, exclusión social, intervención social, 100% madres.

Abstract: In Morocco, social stigma and various forms of legal and cultural exclusion continue to surround single motherhood. This article tells the stories of women raising children alone, fighting for dignity in an environment that often makes them invisible. Based on the analysis of the work of the association 100% Mamans, concrete practices of accompaniment, emotional support and capacity building are examined. The qualitative research is based on interviews, direct observation and documentary review. The stories collected reflect progress in self-esteem, financial autonomy and integration into the community environment. However, it also reveals the limits of these initiatives when they are not accompanied by more inclusive institutional frameworks.

Keywords: Single mothers, female empowerment, social exclusion, social intervention, 100 % mums.

Referencia normalizada: Haouari, M. (2025) La maternidad soltera en Marruecos: análisis del modelo de empoderamiento de 100% mamans. *Trabajo Social Hoy 104*(1), págs. 85-99. Doi: 10.12960/TSH.2025.0015

Correspondencia: Mohammed Haouari. *Email*: mohammed.haouari@inas.social.gov.ma

1. INTRODUCCIÓN

Las madres solteras constituyen uno de los colectivos más vulnerables en Marruecos. La concurrencia de normas patriarcales, de prohibiciones culturales y de un marco legal limitado les impide ejercer plenamente sus derechos y contribuye a prolongar los ciclos de pobreza que las afectan tanto a ellas como a sus hijas, reforzando así las disparidades intergeneracionales. Para hacer frente a esta realidad es necesario un enfoque integral que abogue por reformas sociales y legales dirigidas a su inclusión, protección y empoderamiento.

A pesar de algunos avances institucionales, los recursos disponibles siguen siendo insuficientes para garantizar el acceso efectivo a derechos básicos, especialmente en contextos rurales y periféricos. Además, persisten barreras estructurales que dificultan la implementación de las iniciativas impulsadas por la sociedad civil.

Aunque la maternidad se ve de una forma muy positiva desde la cultura marroquí, la maternidad fuera del matrimonio es un fenómeno muy estigmatizado, por lo que la aceptación social de estas mujeres frente a las familias tradicionales es muy limitada. Esta situación es aún más grave por la violencia estructural de género, que no se limita a las agresiones físicas y el feminicidio, sino que está relacionada con un acoso callejero o un tipo de violencia machista que tiene sus raíces en las desigualdades estructurales de género. Desde un enfoque interseccional es bastante fácil comprender cómo convergen todos estos factores para restringir aún más las opciones de estas mujeres.

Un informe del Instituto Nacional de Solidaridad con las Mujeres en Dificultad (INSAF) revela que entre 2003 y 2009 más de 434.000 mujeres enfrentaron la maternidad en solitario, lo que representa el 11% de los nacimientos registrados en 2009. La mayoría eran jóvenes, con un 92% entre los 15 y 19 años, y un 65,3% entre los 20 y 24. Aunque el fenómeno atraviesa todas las clases sociales, la respuesta institucional ha estado dirigida principalmente a mujeres con empleo, dejando al margen a las más vulnerables. Esta exclusión pone en evidencia cómo las desigualdades de género, clase y estado civil continúan condicionando el acceso a derechos fundamentales en Marruecos (INSAF, 2010, pp. 22-30).

La asociación 100% Mamans, fundada en 2006 en Tánger, ha desarrollado un enfoque de intervención que combina formación profesional, apoyo psicosocial y asesoría para la inserción laboral de madres solteras (100% Mamans, 2023, p. 4). A lo largo de los años, ha adaptado sus programas a las necesidades cambiantes del colectivo, consolidando su papel en la defensa de sus derechos; junto a entidades como INSAF en Casablanca, Solidarité des Femmes, Oum el Banin en Agadir o la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes en Tánger (UNFM) (100% Mamans, 2017, pp. 22-26).

2. METODOLOGÍA

El objetivo del artículo es analizar el modelo de intervención de 100% Mamans y evaluar su impacto en el empoderamiento social, económico y jurídico de estas madres. Para ello, se examinan las estrategias integradas desarrolladas por la asociación, incluyendo el acompañamiento psicosocial, la formación profesional y la asistencia legal, a fin de comprender cómo estas acciones contribuyen a mejorar la autonomización y la inclusión de este colectivo en un entorno marcado por unas profundas desigualdades e injusticias estructurales.

En coherencia con este propósito, el estudio adopta un enfoque cualitativo y exploratorio para comprender las dimensiones económicas, psicosociales y culturales que afectan al empoderamiento de las mujeres en distintos contextos de maternidad en solitario, centrando el análisis en la intervención de 100% Mamans. Se emplearon métodos de recopilación de datos contextuales, experienciales y documentales, con un análisis bibliográfico que permitió construir el marco teórico. A través del estudio de informes asociativos (INSAF y 100% Mamans), textos jurídicos y académicos, se identificaron barreras estructurales y retos culturales, los cuales orientaron el diseño del trabajo de campo y la elaboración de preguntas de investigación.

El estudio supuso la revisión de algunas dinámicas culturales y legales a partir de documentos normativos de estudios previos. Autores como Bousbaa y Lahsika aportaron visiones de barreras estructurales y de discriminación. Asimismo, los trabajos de Keeber, Sechter, Letablier y Wendland destacan por su análisis de retos concretos, como la persistente dependencia legal de la figura paterna en los casos de filiación extramatrimonial. Estos aportes fueron tenidos en cuenta a la hora de elaborar entrevistas semiestructuradas y guías de observación.

Además, se realizaron observaciones de las actividades y talleres llevados a cabo por 100% Mamans, prestando especial atención a la interacción entre el equipo técnico y las beneficiarias. Este método también permite identificar elementos tales como la calidad de las interacciones entre el personal y las beneficiarias, el grado de participación o cambios en las dinámicas del grupo. En este sentido se destacaron tres aspectos: la empatía e implicación del equipo, el efecto positivo en la autoconfianza y la resistencia emocional de las madres y su motivación.

Con el fin de organizar y sistematizar los datos recopilados a lo largo del trabajo de campo, se utilizó una matriz de análisis cualitativo. Esta herramienta permitió categorizar e interpretar los datos procedentes de las entrevistas y las observaciones, facilitando así la identificación de patrones y relaciones significativas. La matriz se centró en dos ejes principales: por un lado, el impacto de las actividades económicas impulsadas por las beneficiarias en su proceso de autonomía económica y social; y por otro, los obstáculos institucionales, como la falta de coordinación interdepartamental, que limitan la eficacia en la implementación de los programas de acompañamiento social.

Asimismo, se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas con beneficiarias seleccionadas según el criterio de saturación, garantizando así que el grupo de estudio sea representativo y diverso. En estas entrevistas, se abordaron temas como la percepción del empoderamiento, la evaluación de los servicios proporcionados por la asociación, y los principales obstáculos para la inserción social y laboral. El número de entrevistas se definió por el criterio de saturación teórica, alcanzado tras 20 entrevistas, lo que permitió garantizar la representatividad de los testimonios.

La combinación de estas técnicas mediante la triangulación de datos permite confrontar y enriquecer los datos obtenidos de diversas fuentes de información. Este método de tratar la información y captar los aspectos económicos, sociales y emocionales del empoderamiento de las madres cumple con los criterios éticos y metodológicos de la investigación cualitativa. Para asegurar la validez del estudio, se consiguió el consentimiento explícito de todas las participantes, asegurando así la confidencialidad de sus datos y derechos. Con este propósito, las entrevistas y observaciones se desarrollaron en un contexto de seguridad y confianza, lo cual favoreció la apertura de las madres para compartir gran parte de sus vivencias.

3. RESULTADOS

Los resultados se presentan después de la ejecución de una investigación que articula el análisis documental, las entrevistas semiestructuradas y la observación participante. Los resultados tienen una línea de coherencia con las herramientas utilizadas, respondiendo de forma directa con los objetivos de la investigación.

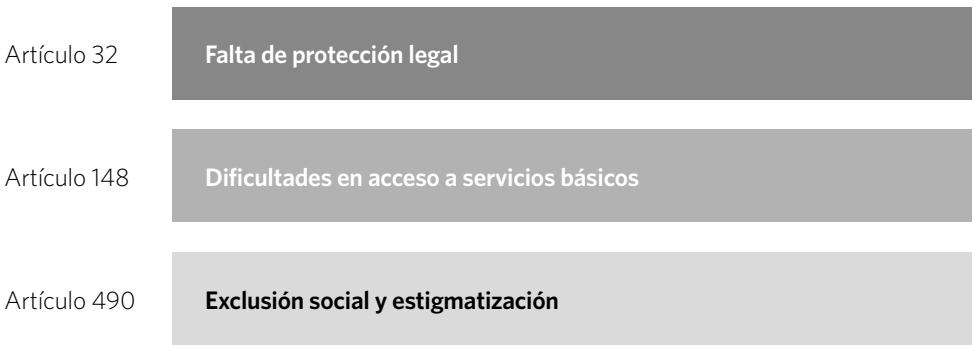
3.1. Barreras legales, sociales y culturales

En Marruecos, leyes como el artículo 490 del Código Penal fijan como delito una relación distinta al matrimonio; la consecuencia es la exclusión social de las madres solteras, con la repercusión que implica el estigma social en su persona. Las leyes se intensifican con publicaciones como la del artículo 148 CP, que dificulta el registro de los hijos fuera de un matrimonio lo que excluye sus derechos a los servicios de salud y educación (Lahsika, 2021, p. 21).

Este ciclo excluyente y de desventaja de interacción sobre generaciones se acentuará todavía más en las comunidades rurales, donde las restricciones culturales visibilizan más las barreras legales (INSAF, 2010, pp. 22-30). No obstante, el nuevo Código de Familia de 2004 que da cabida a la filiación ilícita que permite reconocer a los/as hijos/as fuera de una familia matrimonial el apellido del padre, pero ahora está en la voluntad del padre mismo y en última instancia de una decisión judicial, es decir, queda expuesta a la situación entendedora de riesgo social (Sechter-Funk, 2015, pp. 355-364).

Para poder enfrentar estas limitaciones se requiere modificar la normativa actual y establecer unas reglas que garanticen el acceso equitativo a los derechos básicos, así como poder eliminar el estigma de las estructuras familiares no normativas. Reformas imprescindibles para cambiar la sociedad y promover la inserción económica y social tanto de las madres solteras como de sus familias (100% Mamans, 2018, p. 45). A continuación, se presenta una recapitulación de las principales limitaciones legales que afectan a las madres solteras.

Figura 1: Restricciones legales e impacto en madres solteras.



Mirando a Europa con un lente comparativo, las familias no tradicionales son más comunes y aceptadas allí (Letablier, 2011; Boisson y Verjus, 2004). Si bien en Marruecos, la percepción de las madres solteras está fuertemente atrapada en normas patriarcales, se le ha otorgado muy

poco espacio para un cambio impulsado por la sociedad civil. Este marco cultural no solo refuerza la discriminación estructural, sino que también provoca que las mujeres sean susceptibles de sufrir violencia de género (Waltmann, 2019, pp. 5-6). Un comentario a lo largo de una de las entrevistas lo confirma: «*El rechazo social es constante; cada día es una lucha por ser aceptada*». (Entrevista 12).

Tabla 1: Estructuras familiares no tradicionales: un enfoque comparativo.

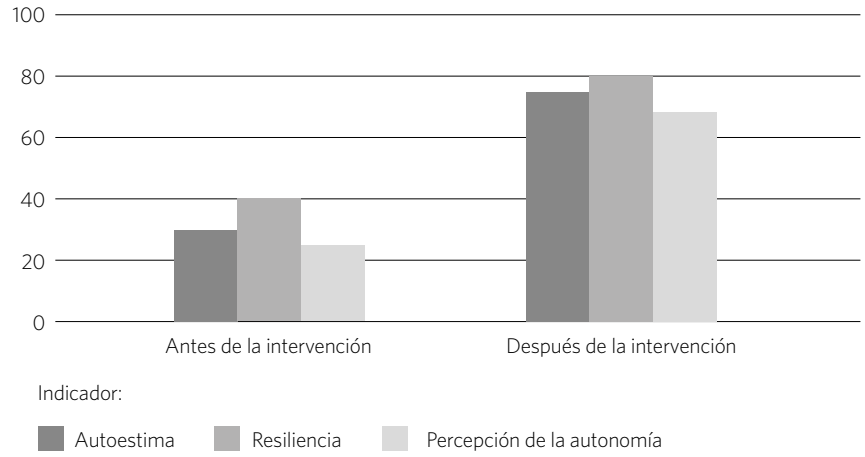
Barrera identificada	Solución propuesta	Resultado esperado
Falta de financiamiento	Fondos rotatorios	Mejor acceso a capital para iniciar proyectos
Acceso limitado al crédito formal	Microcréditos accesibles	Reducción de la exclusión económica
Falta de seguimiento contínuo	Programas de seguimiento	Consolidación de proyectos empresariales
Falta de estrategias de marketing	Talleres de marketing y soporte técnico	Mayor sostenibilidad del negocio

Los datos presentados revelan la importancia de las normas culturales y legales en la inclusión social de este colectivo. En Marruecos, las organizaciones no gubernamentales se encuentran con obstáculos operativos acentuados por un entorno cultural restrictivo que limita su capacidad para brindar apoyo a estas mujeres. Estas leyes, que regulan el proceso de registro de nacimiento de los niños, impiden a estas mujeres acceder a servicios básicos y perpetúan las desigualdades estructurales. Como se identifica en los talleres de 100% Mamans, estas barreras operativas dificultan la implementación de programas de acceso a viviendas seguras y subsidios económicos (Asociación Bayti, 2016, p. 30). Además, la discriminación laboral y la imposibilidad de registrar a los niños bajo el nombre de la madre minimizan sus oportunidades y empeoran aún más su condición vulnerable (Berwic, 2017, pp. 33-44).

3.2. Impacto de las intervenciones psicosociales

Las acciones psicosociales cubiertas por 100% Mamans han traído cambios considerables a las mujeres beneficiarias. A través de sesiones de talleres grupales e individuales orientados a promover el bienestar de las madres y a fortalecer su confianza. Los efectos de estas intervenciones se reflejan en los indicadores recogidos en el Gráfico 1.

Gráfico1: Efectividad de las intervenciones psicosociales



Los resultados del análisis de las entrevistas semiestructuradas con 20 beneficiarias, que se llevaron a cabo utilizando un método de codificación temática, revelaron tendencias muy alentadoras. Uno de los hallazgos más significativos se enfoca en el impacto positivo que las redes de solidaridad tienen en el empoderamiento colectivo. Estas redes no solo fomentan un sentido de pertenencia, sino que también crean lazos solidarios entre las usuarias. De hecho, estas redes han ayudado a mejorar la salud emocional de las madres solteras. Además, han servido como una plataforma para que las madres empoderadas puedan llevar a cabo sus campañas de concienciación. Gracias a estas iniciativas, se está generando un espacio seguro para combatir la estigmatización social y se está posicionando a las madres solteras como verdaderas agentes de cambio social en sus comunidades (Bousbaa, 2021, p. 69).

En el ámbito familiar, las madres compartían que habían notado una mejora significativa en sus relaciones con sus hijos. Esto demuestra cómo la salud emocional de las beneficiarias ayudaba a que el vínculo se volviera más fuerte y cariñoso. Las observaciones indicaban que el fortalecimiento emocional de las beneficiarias también les permitía interactuar de una manera más constructiva y duradera.

3.3. Desafíos operativos y medidas de mejora

A pesar de haber logrado algunos avances positivos, la asociación 100% Mamans se enfrenta a varios desafíos que limitan su operatividad y, por ende, la efectividad y sostenibilidad de sus programas. Uno de los problemas más relevantes es la insuficiente comunicación entre los distintos servicios, lo que provoca demoras en la asistencia y ayuda prestadas a las beneficiarias. Este desafío fue identificado a través de entrevistas y observación participante, respaldando lo que mencionan Miles y Huberman, quienes argumentan que una mala gestión interna puede debilitar el impacto de las intervenciones sociales (Miles y Huberman, 1994, pp. 109-111).

Otra limitación importante es la escasez de recursos financieros que apoyan los proyectos de las mamás beneficiarias. Aunque los talleres de gestión financiera y planificación empresarial han sido útiles para generar ideas, muchas de las mujeres entrevistadas expresaron su frustración por no poder llevarlas a cabo debido a la falta de capital inicial. Esto resalta la necesidad de implementar mecanismos de financiamiento específicos para madres solteras dentro de los programas de empoderamiento (Moghadam y Senftova, 2005, pp. 423-449).

Por otro lado, el centralismo de los servicios en las áreas urbanas dificulta el acceso de las beneficiarias rurales y, al mismo tiempo, agrava las desigualdades estructurales. Este fue uno de los puntos destacados en los talleres. Además, se está produciendo la marginación de los/as niños/as nacidos extramatrimonialmente de las ayudas estatales, lo que agrava las dificultades económicas de las madres solteras (Asociación Bayti, 2016, p. 6). Las entrevistas revelaron la necesidad de ampliar las iniciativas de 100% Mamás en las zonas rurales y de adecuar los servicios a las necesidades locales, con el fin de reducir las desigualdades existentes.

Otro desafío identificado es la fragmentación de los planes de la asociación, ya que está muy atada a una línea fundacional que pone en riesgo su sostenibilidad a largo plazo. Crear sinergias con empresas, organismos de financiación pública y ONG podría ser una excelente oportunidad para asegurar un impacto significativo a largo plazo en las intervenciones. Como mencionó una beneficiaria: «*A pesar de que la asociación me ha ayudado mucho, creo que hay ciudades donde hay más oportunidades, y podrían ir allí si hubiera más apoyo financiero*» (Entrevista 15). Estas limitaciones subrayan la necesidad de combinar financiación con un fortalecimiento interno y un mayor grado de inclusión de los/as beneficiarios/as rurales. Para lograr todo lo anterior, sería fundamental optimizar el impacto de las intervenciones de 100% Mamans.

3.4. Sostenibilidad económica y estrategias de fortalecimiento

El empoderamiento es un proceso multifacético que va desde obtener poder hasta adquirir los conocimientos necesarios para ejercerlo. Para alcanzar este objetivo, es fundamental tener una comprensión que incluya tanto a la persona como al entorno que la rodea (Bacqué y Biewener, 2013, pp. 25-32). No se trata de un enfoque único; más bien, refleja una variedad de ideologías y prácticas interconectadas con el manejo y la redistribución del poder. Esto incluye desde la perspectiva de la concienciación feminista hasta enfoques socioliberales y neoliberales que influyen en políticas y estructuras sociales (Parazelli y Bourbonnais, 2017, pp. 2-29). Cada una de estas visiones ofrece una manera de entender el empoderamiento y cómo podría utilizarse para fomentar la justicia social y disminuir las desigualdades económicas y sociales (Charlier *et al*., 2007, pp. 6-12).

El camino hacia el empoderamiento económico de estas mujeres se ve obstaculizado por importantes limitaciones, resultado de las desigualdades en las estructuras sociales y económicas que frenan su desarrollo laboral y emprendedor. Entre los retos a los que enfrentan se incluyen la brecha salarial, la falta de recursos adecuados para el cuidado de la infancia y la escasa representación política. Estos factores complican las oportunidades laborales para las mujeres, como lo señala Kabeer (2005, pp. 13-22). A pesar de que las mujeres adquieren habilidades prácticas a través de 100% Mamans, muchas beneficiarias han compartido que la falta de acceso a financiamiento de sus proyectos les impide llevar a cabo sus ideas. Como mencionó una beneficiaria: «*Aprendí a hacer un plan de negocios, pero sin dinero no puedo realizar mi idea*» (Entrevista 7).

El desafío se vuelve aún más complicado cuando hablamos de las zonas rurales y periurbanas, donde las dificultades económicas y el acceso a préstamos formales son aún más desafiantes. Las exigencias de la financiación tradicional, como tener garantías o un buen historial crediticio, se convierten en verdaderos obstáculos para muchas de estas mujeres que están criando a sus hijos solas. Esta exclusión económica crea un ciclo de inestabilidad económica que restringe su capacidad para alcanzar autonomía y seguridad. Además, la responsabilidad de ser madre soltera las hace más vulnerables a situaciones de violencia de género, como menciona Wendland (2010, pp. 167-210).

Con base en los hallazgos obtenidos durante la investigación, se ha elaborado una matriz que sintetiza los principales obstáculos identificados en el acceso al financiamiento y las respuestas propuestas por las participantes y el equipo técnico. Esta herramienta permite visualizar de manera estructurada las soluciones aplicables y los resultados esperados, facilitando así el diseño de intervenciones más eficaces y adaptadas a las necesidades reales de las beneficiarias.

Tabla 2: Matriz de obstáculos y soluciones para la financiación de proyectos empresariales.

Barrera identificada	Recomendación	Resultados esperados
Falta de financiamiento	Establecer fondos rotatorios.	Mejor acceso a capital para iniciar proyectos
Acceso limitado al crédito formal	Introducir microcréditos accesibles	Reducción de la exclusión económica
Falta de estrategias de marketing	Talleres de marketing y soporte técnico	Mayor sostenibilidad del negocio
Falta de seguimiento continuo	Implementar programas de seguimiento	Consolidación de proyectos empresariales

4. DISCUSIÓN

4.1. Reformas estructurales y desafíos para la inclusión

Las limitaciones impuestas por el marco legal vigente en Marruecos siguen restringiendo el acceso de las madres solteras a la atención sanitaria, la educación, la protección social e incluso la inscripción civil de sus hijos e hijas. La Figura 1 muestra que estas restricciones jurídicas no solo limitan los derechos, sino que también contribuyen al fenómeno de la exclusión estructural y perpetúan las desigualdades intergeneracionales.

Superar esta situación requiere una revisión profunda del marco normativo y la eliminación de los artículos legales discriminatorios, en particular aquellos que penalizan la maternidad fuera del matrimonio. Una madre comentaba: «*Sin un registro oficial para mi hijo no puedo inscribirlo en la escuela ni acceder a atención médica adecuadamente*» (Entrevista 9). Más allá del plano legal, también se requiere un cambio cultural que permita el reconocimiento de nuevas formas familiares y que favorezca la inclusión social y económica de estas mujeres y sus hijos/as.

Sumado a lo anterior, el artículo 32 de la Constitución marroquí limita el reconocimiento jurídico de las familias exclusivamente a las compuestas por matrimonio, dejando a las mamás solteras y a sus hijos/as a su suerte desprotegidos. Este marco legal que contribuye a la estructuralidad de la discriminación y al aislamiento social y económico de las madres solteras. De hecho, la ampliación del concepto de familia que establece la legislación supondría la reducción del estigma asociado a las estructuras familiares no tradicionales y una mayor garantía de opciones para las mujeres y sus hijos/as.

Las barreras legales también impactan en la capacidad operativa de organizaciones como 100% Mamans; las observaciones llevadas a cabo durante los talleres analizaron los procedimientos legales restrictivos que limitan el desarrollo de estrategias definidas como la disponibilidad de viviendas seguras y subsidios, las cuales limitan la capacidad de intervención y la posibilidad de alcanzar soluciones de sostenibilidad para las mamás (Asociación Bayti, 2016).

Junto a las reformas legales sería necesario elaborar políticas equitativas que respondan a las exigencias concretas de las madres solteras, que tienen que estar orientadas hacia la descentralización de los servicios, con el objetivo de traer recursos y programas a las regiones rurales y las comunidades periféricas, donde las barreras legales y culturales son más evidentes. Estrategias móviles que se encarguen en la práctica del registro civil y el suministro de programas de formación y atención a la salud, podrían dar respuesta a las desigualdades geográficas sobresalidas en las entrevistas.

La cooperación intersectorial es una manera de superar las barreras estructurales mediante la creación de plataformas que integren a entidades estatales, empresas y colectivos ciudadanos que pueden llevar al diseño de soluciones sostenibles e integradas; entablar a líderes comunitarios y religiosos también resulta determinante para el cambio cultural, para complementar las reformas legales y fomentar una mayor aceptación de las mamás solteras y de sus familias como configuraciones legítimas.

4.2. Impacto psicosocial

El acompañamiento psicosocial que han recibido las madres solteras a través de los servicios de 100% Mamans ha llevado a un notable aumento en su bienestar social y emocional. Las sesiones grupales y el apoyo psicológico ofrecidos durante estos espacios contribuyeron significativamente a mejorar la autoestima, la resiliencia emocional y la percepción de autonomía de las participantes. Según los resultados, el 75% afirma haber mejorado su autoestima, y un 80% reporta un aumento en su resiliencia emocional tras participar en los talleres (ver Gráfico 1).

Estos espacios permiten compartir experiencias y construir redes de apoyo mutuo, fundamentales para el fortalecimiento personal y colectivo. A través de su implicación, muchas mujeres se han integrado en campañas de sensibilización, desafiando activamente el estigma social asociado a la maternidad en solitario. Una madre expresó: «*Antes de las reuniones, me sentía invisible y estigmatizada, pero no tenía por qué seguir sintiéndome así. Ahora me doy cuenta de que mi valor no lo determinan los demás, sino lo que puedo lograr*» (Entrevista 12).

El empoderamiento derivado de este proceso no solo ha tenido efectos en la esfera individual, sino que también ha reforzado vínculos familiares. Varias participantes destacaron una mejora

en la relación con sus hijos/as, atribuida al fortalecimiento emocional generado por la intervención. Esto se alinea con lo que dicen algunos expertos sobre el empoderamiento, sugiriendo que el apoyo psicosocial es un factor clave para fortalecer el empoderamiento tanto personal como comunitario (Wendland, 2010).

Sin embargo, los beneficios del acompañamiento psicosocial aún enfrentan limitaciones. En contextos más conservadores, la resistencia cultural sigue siendo un obstáculo importante. Asimismo, muchas beneficiarias siguen afrontando dificultades emocionales vinculadas a la educación de sus hijos/as y a la reinserción laboral, lo que subraya la necesidad de extender este tipo de apoyo más allá de la fase inicial.

Por ello, intensificar las campañas de sensibilización se vuelve esencial. Es prioritario involucrar a actores sociales clave —como líderes religiosos, educativos y comunitarios— para ampliar el alcance del mensaje y fomentar una narrativa inclusiva. Además, aprovechar las plataformas digitales permitiría llegar a sectores más aislados, especialmente en contextos donde las normas tradicionales siguen teniendo gran influencia.

Se ha demostrado que el apoyo psicosocial genera transformaciones significativas tanto a nivel individual como comunitario. Para que estos cambios perduren, es necesario promover una educación equitativa y respetuosa con las diferencias desde la infancia. Solo de esta manera será posible realizar un cambio cultural a largo plazo que favorezca a madres solteras, familias y sociedad en su totalidad (Humphreys y Thiara, 2003, pp. 209-226).

4.3. Acceso al financiamiento y autonomía económica

Uno de los principales obstáculos que enfrentan las madres solteras en su proceso de empoderamiento económico es la falta de acceso a financiamiento inicial. A pesar de que la mayoría de las beneficiarias habían adquirido competencias valiosas en los talleres, no podían implementar sus ideas comerciales debido a la falta de recursos financieros necesarios. Por ende, su capacidad de ganar dinero de manera independiente y avanzar hacia la verdadera autonomía económica estaba limitada.

Este obstáculo está estrechamente vinculado a la precariedad laboral previa de las beneficiarias, lo que dificultaba su acceso al sistema financiero formal, que exige requisitos como garantías o historial crediticio consolidado. Esta situación se agrava en contextos rurales o periurbanos, donde las condiciones socioeconómicas son más desfavorables (Tabla 1). Los datos recogidos evidencian la necesidad de establecer mecanismos de financiación accesibles, integrados en programas de acompañamiento económico que fortalezcan las capacidades de gestión y comercialización de las iniciativas impulsadas por estas mujeres.

Asimismo, las entrevistas y observaciones realizadas revelan que las madres solteras enfrentan no solo barreras económicas, sino también una marcada estigmatización social que limita su integración en la comunidad. Ante este panorama, campañas como las promovidas por 100% Mamans buscan modificar las percepciones sociales, promoviendo una visión más inclusiva y reconociendo el valor de estas mujeres como agentes de desarrollo. Sin embargo, su impacto sigue siendo limitado, sobre todo en entornos donde las normas culturales tradicionales siguen profundamente arraigadas

Para superar las barreras económicas que enfrentan las madres solteras se recomienda combinar el acceso a financiamiento con estrategias de apoyo técnico y comunitario. La implementación de fondos rotatorios, microcréditos accesibles y servicios financieros descentralizados puede facilitar el desarrollo de iniciativas productivas, especialmente en contextos rurales. Asimismo, establecer alianzas con actores públicos, privados y comunitarios permitiría diseñar mecanismos de inclusión financiera más sostenibles y adaptados a las necesidades específicas de este colectivo.

4.4. Empoderamiento económico y sostenibilidad

Los resultados evidencian que las acciones formativas impulsadas por 100% Mamans han contribuido de manera significativa al empoderamiento económico de las madres solteras. A través de los talleres, las participantes han desarrollado habilidades clave para la planificación financiera, la gestión de pequeños negocios y el emprendimiento, lo que se ha traducido en una mejora tangible de su situación económica. Según las entrevistas realizadas, el 70% de las beneficiarias reportó un mayor sentido de independencia, y el 75% señaló un aumento en su autoestima tras participar en el programa (Gráfico 1). Este enfoque se alinea con lo planteado por Kabeer (2005), quien destaca que la formación es un factor central en el proceso de empoderamiento de los colectivos más vulnerables.

En este contexto, el sistema de acompañamiento psicosocial proporcionado por 100% Mamans ha logrado no solo mejorar el estado de ánimo de las beneficiarias, sino también facilitar su integración económica. Específicamente, con la ayuda de programas de formación profesional y empresarial, muchas madres pueden asegurarse un lugar en el mercado laboral y acercarse a la independencia financiera. No obstante, el acceso limitado a los fondos iniciales sigue siendo uno de los desafíos más grandes de la implementación sostenible de cualquier iniciativa que genera ingresos (Humphreys y Thiara, 2003, pp. 209-226).

La falta de capital de arranque, sumada a las exigencias del sistema financiero formal —como la presentación de avales o un historial crediticio—, excluye a muchas madres solteras, sobre todo áreas rurales y periurbanas con condiciones socioeconómicas menos favorables (Entrevista 7). Esta situación justifica la necesidad de introducir mecanismos de financiamiento accesibles, como los fondos rotatorios, que permiten otorgar recursos iniciales e impulsar la sostenibilidad mediante la reinversión de los recursos recuperados en nuevas participantes.

Además del financiamiento, otro aspecto clave identificado por las entrevistadas es la ausencia de seguimiento técnico posterior a los talleres iniciales. Si bien valoran la formación recibida, muchas señalaron que la falta de asesoría continua limita sus capacidades para enfrentar los desafíos del mercado, gestionar adecuadamente sus negocios y sostener sus proyectos a largo plazo. En este sentido, la implementación de programas de seguimiento estructurados y personalizados podría fortalecer significativamente los resultados obtenidos.

Finalmente, para potenciar el empoderamiento económico de las beneficiarias, sería pertinente diversificar la oferta formativa hacia sectores con mayor proyección, como el comercio digital, las energías renovables o la tecnología. Asimismo, el establecimiento de alianzas con empresas privadas facilitaría el ingreso de las madres solteras al empleo formal y a circuitos productivos más sostenibles.

4.5. Hacia un modelo integral de intervención y sostenibilidad

La trayectoria de 100% Mamans ilustra la forma y la manera en que la sociedad civil empodera a las madres solteras, mediante intervenciones articuladas, adaptadas a sus necesidades múltiples y contextos específicos. En este aspecto, un elemento nuclear para garantizar la sostenibilidad de las iniciativas es el trabajo en redes entre las entidades estatales, la empresa privada, asociaciones y ONGs.

Las colaboraciones interinstitucionales permiten movilizar recursos financieros y técnicos, así como sumar diferentes saberes y experiencias. La cooperación interministerial también es un mecanismo que contribuye a implementar políticas integrales que den respuesta de forma holística a las demandas de las madres solteras. El desbordamiento de los servicios de formación laboral, el acceso a servicios de cuidados infantiles salariales y la existencia de un mercado de vivienda asequible permiten construir puentes entre las desigualdades territoriales y asegurar que las beneficiarias de la ayuda del sistema en el ámbito rural puedan acceder a los recursos disponibles.

Otro pilar importante en la normalización de las familias monomarentales es la campaña de comunicación. En este aspecto, 100% Mamans ha permitido a las madres recurrir a ser una fuerza catalizadora de cambio para su entorno inmediato, aunque su impacto puede llegar a ser incluso más grande mediante plataformas digitales y el apoyo de líderes comunitarios, religiosos y educativos que socavan las normas existentes patriarcales y hacen un espacio para un cambio

Por un lado, estas actividades respaldan la configuración de redes de atención comunitaria, que atienden las necesidades emocionales de las beneficiarias y al mismo tiempo otorgan legitimidad a su sentido de solidaridad y sentido de pertenencia. En esta área, se basa la asistencia colectiva, comunitaria, organizada en forma de ayuda mutua, cooperativas o comunidades de diálogo, que es un tipo de actividad conveniente para proteger a los más vulnerables de las repercusiones y las consecuencias de los desafíos sociales y económicos a una escala más estructural.

Asimismo, las estrategias basadas en datos ayudan a establecer sistemas de seguimiento, y evaluación de las intervenciones, lo que ayuda a detectar puntos de mejora y adaptar las acciones de acuerdo con las necesidades emergentes y medir el progreso en términos de empoderamiento económico, social y emocional. De hecho, los hallazgos de este análisis revelan la importancia de integrar enfoques cuantitativos con investigaciones cualitativas para obtener una idea más integral de las metas y barreras encontradas por las beneficiarias.

Para continuar hacia adelante en hacer lugar para los logros en el campo de las mujeres en Marruecos, las reformas estructurales son una necesidad para poder tener un impacto real. La abolición de ciertas normas, como el artículo 490 CP y la ampliación del reconocimiento legal y oficial de familias no tradicionales, que pueden ir desde una monomarental hasta los hogares de la diversidad, son aspectos vitales para garantizar sus derechos. Dichos cambios, en combinación con políticas no excluyentes y programas educativos que integren la igualdad desde temprana edad. De esta forma, los cambios en las normas culturales pueden llegar a ser posibles y los aprendizajes de la discriminación estructural a la que muchas mujeres con hijos/as se exponen a diario.

5. CONCLUSIONES

Con un enfoque holístico e inclusivo, la trayectoria de 100% Mamans aborda la dimensión económica, social, psicosocial y jurídica del empoderamiento, paliando las limitaciones de las políticas sociales convencionales para afrontar las múltiples barreras que alimentan la exclusión de las familias monomarentales.

Los resultados evidencian avances en autoestima, resiliencia emocional y autonomía económica, impulsados por el apoyo psicosocial, campañas de sensibilización y formación profesional han contribuido a una mejora social de la reinserción de las madres y de su activa participación en las comunidades. Las campañas lideradas por la asociación han ido generando un movimiento de lucha contra los estigmas culturales e impulsan la visibilidad de la monomarentalidad como una estructura legítima.

El enfoque adoptado articula intervenciones directas y acciones comunitarias: redes de apoyo, formación en sectores estratégicos y campañas a favor de los valores de la equidad y la diversidad. Sin embargo, la dependencia del financiamiento externo limita la sostenibilidad y el crecimiento de estas iniciativas. Al mismo tiempo, quedan grandes retos, como la falta de servicios acompañantes, incluyendo atención a la infancia y viviendas asequibles que restan para la plena inclusión social y financiera de las mamás solteras. Por lo que resulta necesario remediar estas carencias para garantizar el efecto de las acciones en el tiempo.

Estas reformas, ya analizadas en las secciones anteriores, deben orientarse a eliminar los obstáculos legales, sociales y económicos que dificultan el ejercicio pleno de derechos. Su implementación contribuirá a una inclusión más justa y sostenible, fortaleciendo tanto la autonomía de las madres solteras como las oportunidades de desarrollo de sus hijos/as.

Las políticas públicas deben concebirse bajo un modelo territorial descentralizado que atienda las prioridades de las mamás solteras en los distintos contextos, en especial en comunidades rurales y periurbanas. La inclusión de servicios tal como guarderías, vivienda asequible y formación profesional en sectores estratégicos ayudaría a reducir las desigualdades territoriales y a aumentar la inclusión social de estas familias. Para que estas acciones surtan efecto, es importante hacerlo de manera sostenida y personalizada a las características locales.

Por otro lado, el acceso a la financiación representa un elemento decisivo de la inclusión económica y de la consolidación de proyectos empresariales. En cambio, las distintas modalidades de apoyo financiero deben ir a acompañadas de programas de asesoría técnica y monitoreo continuo para asegurar la sostenibilidad de los proyectos y maximizar su impacto. Estas estrategias también ayudarán a acabar con la espiral de precariedad y aislamiento que sufren estas mujeres y sus hijos/as.

De manera similar, el cambio cultural es relevante para el éxito de esas intervenciones. Las campañas de sensibilización deberían contar con líderes de la comunidad, religiosos y educadores/as para dar lugar a una visión inclusiva de las estructuras familiares no tradicionales. Más allá de eso, la educación desde la infancia apuntaría a la promoción de valores de equidad y respeto por la diversidad, permitiendo así promover un cambio cultural sostenido en el tiempo y construyendo una sociedad más equitativa y tolerante en el largo plazo.

En resumen, el empoderamiento de las madres solteras mejora su calidad de vida y transforma las normas culturales y la cohesión social en Marruecos. La adopción de un enfoque intersectorial y multidimensional permite construir una oferta social más inclusiva, reducir la exclusión y romper el ciclo de feminización de la pobreza. Para que este empoderamiento sea sostenible, se requiere una transformación profunda de los marcos legales, económicos y socioculturales, lo que plantea líneas de investigación y acción prioritarias para orientar futuras reformas estructurales en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Association 100% Mamans (2017). *Étude juridique*. https://centpourcentmamans.com/wp-content/uploads/2019/11/etudejuridique.pdf

— (2018). *Plan de plaidoyer*. https://centpourcentmamans.com/wp-content/uploads/2019/11/plandeplaidoyer.pdf

— (2021). *Rapport d'activités 2021*. https://centpourcentmamans.com/wp-content/uploads/2022/08/RAPPORT-2021-290822.pdf

— (2023). *Cartographie des associations œuvrant pour les droits des mères célibataires et de leurs enfants au Maroc*. https://centpourcentmamans.com/wp-content/uploads/2024/05/Cartographie-3.0.pdf

Association Bayti (2016). *La politique publique intégrée de la protection de l'enfance*. https://www.association-bayti.ma/doc-bayti/PPIPEM-Version-française.pdf

Bacqué, M.-H., y Biewener, C. (2013). «L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation?». *Idées économiques et sociales, 173*(3), 25–34. https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-3-page-25.htm

Berwick, L. V. (2017). *Single mothers in Morocco: Social stigma and struggle for identity* [Tesis de maestría no publicada, University of London]. Moroccan Children's Trust. https://moroccanchildrenstrust.org/wp-content/uploads/2020/08/Berwick-2017-Single-Mothers-in-Morocco-Social-Stigma-and-Struggle-for-Identity.pdf

Boisson, M., y Verjus, A. (2004). *La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004)* (Dossier d'étude CAF nº 62). Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF). https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/documents_de_travail/dossieretude062.pdf

Bousbaa, A. (2021). «Les parentalités en Afrique musulmane: Une parentalité controversée des mères célibataires au Maroc». En *Centre Jacques-Berque*. https://books.openedition.org/cjb/1744

Charlier, S., y Caubergs, L., con el apoyo de Malpas, N., y Mula Kakiba, E. (2007). *Le processus d'empowerment des femmes : Guide méthodologique*. Comisión de Mujeres y Desarrollo.https://www.wecf.org/wp-content/uploads/2020/11/Guide-empowerment-femmes.pdf

Humphreys, C., y Thiara, R. (2003). «Mental health and domestic violence: "I call it symptoms of abuse"». *British Journal of Social Work, 33*(2), 209-226. https://doi.org/10.1093/bjsw/33.2.209

Institut National de Solidarité avec les Femmes en Détresse (INSAF) (2010). *Le Maroc des mères célibataires : Ampleur, réalité, actions, représentations, itinéraires et vécus*. https://www.cawtarclearinghouse.org/storage/4961/INSAF-Rapport-Etude-nationale-%27%27Le-Maroc-des-meres-celibataires-2010.pdf

Kabeer, N. (2005). «Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third Millennium Development Goal». *Gender & Development, 13*(1), 13-24. https://doi.org/10.1080/1355207051233133227 3

Lahsika, K. (2021). *Étude-diagnostic sur les discriminations subies par les mères célibataires dans leurs itinéraires de vie au Maroc*. https://centpourcentmamans.com/wp-content/uploads/2021/12/Etude-100mamans.pdf

Letablier, M.-T. (2011). *La monoparentalité aujourd'hui: Continuités et changements. Tendances, défis et nouvelles exigences*. L'Harmattan. https://ird.hal.science/ird-00554415/document

Miles, M. B., y Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2.ª ed.). SAGE Publications.

Moghadam, V., y Senftova, L. (2005). «Mesurer l'autonomisation des femmes : Participation et droits dans les domaines civil, politique, social, économique et culturel». *Revue Internationale des Sciences Sociales, 184*(2), 423-437. https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-sociales-2005-2-page-423.htm

Parazelli, M., y Bourbonnais, M. (2017). «L'empowerment en travail social : Perspectives, enseignements et limites». *Sciences & Actions Sociales, 6*(1), 23-52. https://journals.openedition.org/sas/2614

Sechter-Funk, I. (2015). «La maternité célibataire au Maroc, entre normes et pratiques». En *Les pratiques de la monoparentalité* (pp. 355-364). https://books.openedition.org/cjb/1052

Waltmann, J. (2019). «La (re)production des inégalités de genre dans le monde du travail: Des discriminations légales à l'autonomisation». *Éditions AFD*. https://www.cairn.info/revue-pouvoirs-africains-et-developpement-2019-2-page-1.htm

Wendland, J. (2010). «Pregnancy, desire for a child, and parenting in maternity wards for at-risk single mothers». *La Psychiatrie de l'Enfant, 53*(1), 167-182. https://doi.org/10.3917/psye.531.0167



ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN POSPARTO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO MATERNO: RETOS, LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

ADDRESSING POSTPARTUM DEPRESSION AND PREVENTING MATERNAL SUICIDE: CHALLENGES, LIMITATIONS, AND OPPORTUNITIES FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Sergio Capella Castillo
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de València

Salomé Ramírez Gil
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de València

Resumen: La depresión posparto constituye un problema de salud pública de gran magnitud y se reconoce como uno de los principales factores de riesgo de suicidio materno. A pesar de su elevada prevalencia, el fenómeno continúa invisibilizado y con limitaciones en su abordaje dentro del sistema sanitario español. La finalidad principal de esta investigación es analizar el rol del Trabajo Social en la prevención del suicidio en mujeres con depresión posparto, identificando riesgos, barreras y oportunidades de intervención. Para alcanzar este objetivo se adopta una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas a cinco madres con diagnóstico de depresión posparto y cinco profesionales sanitarias. Los resultados evidencian la existencia de factores psicológicos, sociales y estructurales que incrementan la vulnerabilidad de las madres, así como carencias en recursos, programas y seguimiento posparto. Frente a estas limitaciones, se propone la consolidación de redes de apoyo, el fortalecimiento de estrategias interdisciplinares y la inclusión activa de trabajadores/as sociales en equipos de salud, desempeñando funciones de prevención, intervención y posvención. El Trabajo Social se configura así como un agente clave en la protección del bienestar emocional materno y en la reducción de conductas suicidas.

Palabras Clave: Depresión posparto, Trabajo Social, suicidio materno, factores de riesgo, prevención.

Abstract: Postpartum depression represents a major public health issue and is recognized as one of the main risk factors for maternal suicide. Despite its high prevalence, the phenomenon remains largely invisible and inadequately addressed within the Spanish healthcare system. The primary aim of this study is to analyze the role of Social Work in preventing suicide among women with postpartum depression, identifying risks, barriers, and opportunities for intervention. To achieve this objective, a qualitative methodology was adopted, based on semi-structured interviews with five mothers diagnosed with postpartum depression and five healthcare professionals. The findings reveal the presence of psychological, social, and structural factors that increase maternal vulnerability, as well as shortcomings in resources, programs, and postpartum follow-up. In light of these limitations, the study proposes the consolidation of support networks, the strengthening of interdisciplinary strategies, and the active inclusion of social workers in healthcare teams, performing prevention, intervention, and postvention functions. Social Work thus emerges as a key agent in protecting maternal emotional well-being and in reducing suicidal behaviors.

Keywords: Postpartum depression, Social Work, maternal suicide, risk factors, prevention.

Referencia normalizada: Capella, S. y Ramírez, S. (2025) Atención a la depresión posparto y prevención del suicidio materno: retos, limitaciones y oportunidades desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy 104*(1), págs. 101-117. Doi: 10.12960/TSH.2025.0016

Correspondencia: Sergio Capella Castillo. *Email:* sergio.capella@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto representa un desafío de gran complejidad, con repercusiones que trascienden a la madre e inciden directamente en la dinámica familiar y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) subraya que la salud mental materna no solo tiene implicaciones clínicas, sino que también está profundamente condicionada por factores sociales, económicos y culturales, tales como la falta de apoyo familiar, la precariedad laboral o la desigualdad de género. En el contexto español, diversos estudios estiman que entre un 10 y un 20% de mujeres experimentan síntomas de depresión posparto, siendo esta una de las principales causas de sufrimiento psicológico en el primer año tras el nacimiento (Rodríguez-Muñoz *et al*., 2023). De forma especialmente alarmante, el suicidio materno representa alrededor del 20% de las muertes durante el puerperio, lo que lo convierte en un grave problema de salud pública (Sánchez-Tapia et al., 2017; Martínez-Vázquez *et al*., 2025). Este escenario exige sistemas de atención capaces de dar respuesta tanto a la magnitud del fenómeno como a las necesidades específicas de las madres en situación de vulnerabilidad.

La depresión posparto ha sido tradicionalmente invisibilizada y abordada desde perspectivas centradas en el ámbito biomédico, relegando las dimensiones sociales y estructurales del problema. Este enfoque reduccionista ha limitado la detección temprana y la implementación de intervenciones integrales (Caparrós-González y Rodríguez, 2020). Sin embargo, el modelo biopsicosocial impulsado por la OMS (2014) ha promovido una comprensión más amplia que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud materna. Pese a ello, nos encontramos con barreras significativas como la escasez de recursos sanitarios especializados, estigmatización social hacia las madres con depresión o la ausencia de programas de acompañamiento continuado tras el parto (Antúnez *et al*., 2022; Prades-Cabellero et al., 2023). Estas limitaciones son aún más acuciantes en colectivos con menor apoyo social o en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, donde la falta de redes de cuidado y la precariedad laboral incrementan los riesgos de aislamiento y conductas suicidas (Yörük *et al*., 2020).

En este escenario, el Trabajo Social se configura como una disciplina esencial para abordar la depresión posparto desde un enfoque integral, al situar en el centro de la intervención tanto a la mujer como a su entorno familiar y comunitario. Desde su perspectiva interdisciplinaria, el Trabajo Social puede actuar en la prevención, detección temprana, acompañamiento y posvención del suicidio materno, contribuyendo a superar las limitaciones de los modelos exclusivamente clínicos (Deichen et al., 2022; Rodríguez-Muñoz *et al*., 2023; Reid *et al*., 2024). No obstante, la escasa presencia de profesionales del Trabajo Social en equipos de salud y la desvalorización institucional de su papel, ha limitado su capacidad de incidencia en políticas públicas y programas de atención. Diferentes investigaciones en la materia destacan la necesidad de integrar al Trabajo Social como un agente clave en la construcción de estrategias inclusivas y sostenibles, capaces de visibilizar la depresión posparto y prevenir sus consecuencias más graves (Rodríguez-González, 2018; Miller *et al*., 2017; Santiago-Warner, 2024).

El objetivo de esta investigación es analizar los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a la depresión posparto y al suicidio materno desde la perspectiva del Trabajo Social. Para ello, se identifican los principales factores de riesgo, se examina el papel de esta disciplina en la detección y abordaje de la depresión posparto y se evalúa la efectividad de las

estrategias de intervención en la prevención del suicidio materno, con el propósito de contribuir a la mejora de la atención sociosanitaria y a la protección de la salud mental materna.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, adecuado para explorar en profundidad los fenómenos sociales a partir de los significados, percepciones y experiencias que las personas construyen en torno a ellos (Laumann, 2020). Se ha optado por un diseño descriptivointerpretativo, orientado a obtener un conocimiento amplio y detallado sobre la depresión posparto y el papel del Trabajo Social en la prevención del suicidio materno. Este diseño resulta pertinente para comprender la complejidad del objeto de estudio y posibilita un análisis minucioso de los relatos, vivencias e interpretaciones tanto de las madres como de las profesionales participantes.

2.1. Participantes

Para conformar la muestra de la investigación se aplicó un muestreo no aleatorio, escogiendo la modalidad estratégica o discrecional, de manera que la selección de las participantes respondió a características clave relacionadas con la investigación y a la valoración profesional (Palinkas *et al.*, 2015). La muestra incluyó a madres que habían experimentado un diagnóstico clínico de depresión posparto, así como a profesionales del ámbito sanitario con experiencia en atención perinatal. En concreto, participaron cinco madres residentes en la Comunidad Valenciana (España) que habían vivido episodios de depresión posparto en los últimos seis años. Por otro lado, se incluyó a cinco profesionales de la salud, entre ellos tres trabajadoras sociales, una psicóloga y una matrona, seleccionadas por su experiencia en la atención de la salud mental materna y el acompañamiento durante el puerperio. Los detalles de la muestra se presentan en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Profesionales participantes de la investigación.

CÓDIGO	DISCIPLINA	GÉNERO	RECURSO/ ENTIDAD	EXPERIENCIA
TS1	Trabajo Social	Mujer	Unidad de Salud Mental	5 años
TS2	Trabajo Social	Mujer	Generalitat Valenciana	7 años
TS3	Trabajo Social	Mujer	Centro Atención Primaria	12 años
PSI1	Psicología	Mujer	Hospital La Fe Valencia	5 años
MAT1	Enfermería	Mujer	Generalitat Valenciana	17 años

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Madres participantes de la investigación.

CÓDIGO	GÉNERO	EDAD	SITUACIÓN LABORAL	TRABAJO
MOM1	Mujer	30	Activa	Personal de limpieza
MOM2	Mujer	31	Activa	Auxiliar administrativa
MOM3	Mujer	33	Baja laboral	Dependienta
MOM4	Mujer	30	Desempleo	—
MOM5	Mujer	30	Activa	Dependienta

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Instrumentos

Con el fin de obtener la información necesaria, se ha utilizado el instrumento de la entrevista semiestructurada, ampliamente utilizado en la investigación cualitativa por su idoneidad para explorar en detalle las interpretaciones y sentidos que las personas construyen a partir de sus vivencias (Díaz-Bravo *et al.*, 2013; DeJonckheere y Vaughn, 2019). Esta técnica, además de aportar una guía estructurada de temas a tratar, ofrece la flexibilidad suficiente para ahondar en cuestiones emergentes durante la conversación, favoreciendo un intercambio dinámico y significativo con las participantes (Xu, 2024). Las entrevistas fueron diseñadas a partir de la evidencia científica existente sobre depresión posparto y suicidio materno, incorporando adaptaciones en función de cada grupo de participantes. En el caso de las profesionales participantes, las preguntas estuvieron orientadas a conocer su valoración sobre la respuesta institucional a la depresión posparto, la identificación de factores de riesgo, las limitaciones del sistema y el rol del Trabajo Social en la prevención del suicidio. Por su parte, en lo que respecta a las madres entrevistadas, las cuestiones se centraron en sus vivencias durante el puerperio, las manifestaciones de síntomas depresivos, el tipo de apoyos disponibles (familiares, comunitarios y profesionales) y las barreras encontradas para acceder a una atención integral.

2.3. Procedimiento y análisis de datos

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de marzo y abril de 2025. Las entrevistas, cuya duración osciló entre 40 y 60 minutos, se llevaron a cabo de forma presencial, en función de la disponibilidad de las participantes, permitiendo garantizar la accesibilidad y la participación en el estudio. La investigación se realizó respetando los las normas éticas propias del Trabajo Social en el contexto español (Banks, 2012; Giménez-Bertomeu, 2014). Todas las participantes recibieron información detallada sobre los objetivos y procedimientos de la investigación antes de su participación, y firmaron un consentimiento informado en el que se garantizaba tanto la confidencialidad de los datos como su utilización exclusiva con fines académicos. Asimismo, todo el proceso de investigación se realizó respetando los principios éticos internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

En lo que respecta al análisis de los datos obtenidos, las entrevistas fueron sometidas a un análisis de contenido, considerado un método pertinente en investigación cualitativa, ya que combina la sistematización documental con la observación crítica, lo que permite identificar patrones, matices y sentidos presentes en la comunicación de las participantes (Erlingsson, y Brysiewicz, 2017; Fernández de Castro y Díaz-Herráiz, 2021). Para estructurar los hallazgos se elaboró un sistema de categorías temáticas, siguiendo las orientaciones de Vives y Hamui (2021) donde se le asignó un código a cada categoría que facilitó la clasificación de los fragmentos de texto. El proceso de categorización se desarrolló de forma deductivoinductiva, tomando como referencia categorías apriorísticas fundamentadas en el marco teórico, y permitiendo la emergencia de categorías nuevas a partir de las narrativas recogidas (Herzog, 2016). Este doble enfoque aseguró un análisis riguroso y coherente con los objetivos de la investigación.

3. RESULTADOS

El análisis de las entrevistas ha permitido organizar los resultados en cuatro grandes categorías, directamente relacionadas con los objetivos de la investigación y con las dimensiones emergentes en los discursos de madres y profesionales participantes. Estas categorías abarcan: 1) Factores de riesgo asociados a la depresión posparto; 2) Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario; 3) Estrategias sociosanitarias de intervención orientadas a la prevención del suicidio, y 4) Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario.

Tabla 3. Categorías y subcategorías de investigación.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Factores de riesgo sociosanitarios en la depresión posparto	Determinantes psicológicos y de salud mental
	Determinantes sociales
	Determinantes estructurales
Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario	Insuficiencia de recursos específicos
	Déficit de programas de intervención
	Necesidad de abordajes interdisciplinares
Estrategias sociosanitarias de intervención del Trabajo Social en la prevención del suicidio	Seguimiento posparto continuado
	Apoyo emocional y psicosocial
	Educación y acompañamiento familiar
Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario	Invisibilidad institucional de la depresión posparto
	Predominio del enfoque biomédico
	Carencia de recursos especializados

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Factores de riesgo sociosanitarios en la depresión posparto

La depresión posparto se encuentra condicionada por un conjunto de factores interrelacionados de naturaleza psicológica, social y estructural. Estos determinantes evidencian cómo las experiencias individuales se ven atravesadas por contextos familiares, comunitarios y laborales que pueden intensificar la vulnerabilidad de las mujeres en el puerperio.

3.1.1. Determinantes psicológicos y de salud mental

La presencia de antecedentes depresivos, ansiedad o vivencias traumáticas previas al parto fue señalada como un factor decisivo en el desarrollo de la depresión posparto. Estos síntomas suelen quedar invisibilizados en los circuitos sanitarios, ya que la atención se centra principalmente en el recién nacido y en la dimensión física de la madre. Sin embargo, desde una mirada social, las trabajadoras sociales destacan la importancia de considerar estos factores como elementos que inciden en la capacidad de las mujeres para integrarse en sus redes familiares y comunitarias. El Trabajo Social debe desempeñar un rol clave en la detección temprana, la orientación hacia recursos de salud mental y el acompañamiento en procesos de afrontamiento.

> «En ese momento mi mente y mi corazón estaban desconectados. Solo me invadía un sentimiento inmenso de pena, tristeza e impotencia, y no lo entendía como un problema de salud, sino como un fallo mío» (MOM5).

> «Las experiencias traumáticas también influyen mucho; algunas mujeres consiguen sobreponerse, pero en otras desencadenan más problemas, dependiendo de la fortaleza mental que tengan» (PS1).

3.1.2. Determinantes sociales

La falta de apoyo familiar, los conflictos de pareja y la presión social sobre la maternidad fueron identificados como factores que profundizan la vulnerabilidad emocional de las mujeres. La ausencia de una red de cuidado estable genera sentimientos de aislamiento y soledad, limitando la capacidad de afrontamiento frente a los cambios del posparto.

> «El entorno es todo. Necesitas una red de apoyo fuerte, pero que te respete, que te permita equivocarte y seguir siendo persona más allá de ser madre. Eso te da herramientas para avanzar» (MOM3).

> «Como factores sociales, destacaría la falta de apoyo de la familia, el aislamiento, y los problemas de pareja, como conflictos o falta de comunicación» (TS1).

El Trabajo Social resulta fundamental para fortalecer las redes comunitarias, impulsar programas de apoyo familiar y mediar en la construcción de espacios de acompañamiento colectivo. La intervención profesional debe orientarse no solo a la detección de situaciones de vulnerabilidad, sino también a la articulación de apoyos sociales que permitan a las mujeres experimentar la maternidad desde un marco de dignidad, igualdad y autonomía. Así, se promueve no solo la atención individual de las madres, sino también un enfoque comunitario que reduce el riesgo de exclusión social y favorece la cohesión familiar y comunitaria.

> «A veces no tienes con quién hablar realmente, y tu entorno no sabe cómo ayudarte. Eso te hace callarte y guardártelo todo dentro, y así es cuando la tristeza se hace más grande» (MOM4).

> «[...] muchas veces las madres llegan con síntomas claros de depresión posparto, pero lo que más pesa no es solo lo clínico, sino la falta de apoyo social. Cuando la familia no acompaña, la mujer se siente doblemente vulnerable. Intentamos reforzar esas redes, crear espacios de escucha y acompañarlas en la construcción de un entorno más protector» (TS2).

3.1.3. Determinantes estructurales

Las condiciones laborales precarias, las dificultades para conciliar la vida familiar y el trabajo o la falta de recursos sociosanitarios especializados, fueron identificadas como factores estructurales que inciden directamente en la depresión posparto. Las profesionales coinciden en que las madres que atraviesan el puerperio en contextos de vulnerabilidad económica se encuentran con más obstáculos para acceder a servicios de salud mental y apoyo social. A ello se suma la burocracia administrativa y la insuficiente oferta de programas específicos, lo que genera sentimientos de desprotección y abandono institucional. La necesidad de impulsar políticas de conciliación laboral y familiar, garantizar recursos sociosanitarios accesibles y equitativos y reforzar la coordinación entre servicios sociales y sanitarios podría mitigar los efectos de estas desigualdades estructurales y favorecer la prevención de la depresión posparto y del suicidio materno.

> «El tema laboral es un factor muy importante. No tener trabajo, o tener demasiado estrés, influye mucho porque a las cargas de la casa o la pareja se suman las familiares» (TS3).

> «Muchas madres no saben ni a qué puerta llamar, la burocracia es tan complicada que terminan desistiendo antes de conseguir ayuda» (TS2).

> «En zonas más alejadas de la ciudad es todavía más difícil, porque no hay transporte ni servicios especializados cerca, y al final estas mujeres se quedan sin acompañamiento» (PS1).

3.2. Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario

El papel del Trabajo Social en el ámbito sociosanitario resulta clave para visibilizar la depresión posparto y prevenir posibles situaciones de suicidio materno. Sin embargo, los relatos de madres y profesionales ponen de manifiesto una serie de limitaciones en la práctica, que condicionan la capacidad de detección y el acompañamiento integral. Estas limitaciones se vinculan con la falta de recursos específicos, la escasa institucionalización de programas de intervención y la necesidad de fortalecer los equipos multidisciplinares en salud perinatal.

3.2.1. Insuficiencia de recursos profesionales

La escasa presencia de trabajadoras sociales en los servicios de salud y la falta de unidades especializadas en salud mental perinatal fueron señaladas como barreras relevantes. Este déficit restringe la capacidad de respuesta sociosanitaria, alargando los tiempos de atención y reducien-

do el acompañamiento social que requieren las madres en riesgo. Las profesionales insisten en la necesidad de ampliar plantillas de recursos humanos y dotar de mayor estabilidad a los equipos de salud mental para garantizar un abordaje integral.

> «[...] somos muy pocas, y no llegamos a todo. El tiempo es limitado y los recursos también, y eso impide un acompañamiento más cercano a las madres» (TS1).

> «Hay mujeres que llegan muy tarde porque no encuentran un espacio de atención social en el centro de salud. No hay suficiente personal para detectar ni para hacer seguimiento» (TS3).

3.2.2. Déficit de programas de intervención

La ausencia de protocolos claros y de programas específicos en depresión posparto y prevención del suicidio se percibe como una limitación estructural. Según las profesionales, el sistema sanitario aborda estas situaciones desde un enfoque principalmente biomédico, sin contemplar de manera suficiente la dimensión social. El Trabajo Social, desde su perspectiva integral, puede ser una herramienta clave en la creación de planes coordinados que incluyan prevención, detección temprana, intervención y posvención.

> «No hay programas diseñados para la depresión posparto. Todo se aborda desde lo clínico, pero se dejan de lado los factores sociales y eso limita mucho la intervención» (TS2)

> «Sería necesario un protocolo específico que permita actuar de forma coordinada entre profesionales sanitarios y sociales, para que no se quede nada en el aire» (MAT1).

3.2.3. Necesidad de abordajes interdisciplinares

Las informantes coincidieron en que la fragmentación de los servicios de atención dificulta un acompañamiento adecuado. La falta de comunicación entre profesionales sanitarios y sociales genera duplicidad de esfuerzos y lagunas en la atención. El Trabajo Social se presenta como una disciplina clave para articular equipos multidisciplinares, promoviendo la coordinación entre recursos y favoreciendo un abordaje biopsicosocial de la depresión posparto.

> «El problema es que cada servicio va por su lado, y las madres acaban perdiéndose en esa maraña. El Trabajo Social puede ser el puente que conecte todos los recursos» (TS3).

> «Si hubiera más coordinación, muchas mujeres no caerían en ese vacío entre lo sanitario y lo social. La intervención tendría más sentido» (MAT1).

> «Cuando iba al centro de salud me decían que lo mío era psicológico, pero allí no había nadie que me acompañara más allá de darme medicación. Luego en servicios sociales me decían que era un tema sanitario. Yo me sentía en medio, sin que nadie me escuchara» (MOM5).

3.3. Estrategias sociosanitarias de intervención del Trabajo Social en la prevención del suicidio

El acompañamiento profesional desde una perspectiva sociosanitaria resulta fundamental para prevenir las formas más graves de sufrimiento psicológico durante el posparto, incluida la prevención del suicidio materno. Las mujeres que han atravesado episodios depresivos destacan el valor de ser escuchadas, validadas y orientadas. Las profesionales insisten en la importancia de establecer estrategias de intervención que combinen el seguimiento clínico con el apoyo psicosocial y el trabajo con el entorno familiar y comunitario.

3.3.1. Seguimiento posparto continuado

La falta de continuidad en la atención fue identificada como uno de los principales factores de riesgo en casos de depresión posparto con riesgo suicida. Las madres participantes que, tras el parto reciben un seguimiento puntual centrado en lo físico, destacan la ausencia de un acompañamiento sostenido en lo emocional o social. Las profesionales indican la necesidad de establecer itinerarios de atención que garanticen un seguimiento regular y coordinado, especialmente durante el primer año, período de máxima vulnerabilidad.

> «Después del parto, todo el mundo se centró en el bebé. Yo dejé de existir. Me habría ayudado mucho tener a alguien que me preguntara cómo estaba yo, no solo mi hijo» (MOM4).

> «El problema es que se hace una intervención muy puntual y luego se corta. El seguimiento debe ser continuado y adaptado a cada caso. Ahí el Trabajo Social puede tener un rol más fuerte» (TS3).

3.3.2. Apoyo emocional y psicosocial

Tanto madres como profesionales coinciden en señalar que la clave para prevenir el suicidio materno no reside únicamente en el tratamiento médico, sino también en el acompañamiento emocional. La escucha activa, la validación del sufrimiento y la orientación psicosocial son elementos fundamentales que muchas mujeres no reciben.

> «[...] Yo solo necesitaba que alguien me escuchara sin decirme "*ya se te pasará*". A veces no quieres soluciones, solo que te digan: "*estás mal, y está bien que te sientas así*"» (MOM5).

> «El apoyo emocional es tan importante como el tratamiento clínico. Si no se trabaja el malestar desde lo psicosocial, el riesgo de cronificación o de suicidio aumenta» (PS1).

Las trabajadoras sociales resaltan que el Trabajo Social desde su enfoque centrado en la persona, aporta herramientas para establecer vínculos de confianza, fortalecer la autoestima y mejorar la percepción de autoeficacia de las madres en situación de crisis.

> «Una trabajadora social me escuchó de verdad por primera vez. No me sentí juzgada, y eso hizo que no me hundiera del todo» (MOM2).

> «A veces no hace falta que digas mucho, solo estar ahí y sostener. Es un acompañamiento silencioso, pero muy potente» (TS1).

3.3.3. Educación y acompañamiento familiar

Las participantes subrayan que el entorno familiar puede ser un factor de protección, pero también de riesgo, especialmente cuando hay falta de comprensión o sobrecarga emocional. En este sentido, las profesionales insisten en que una intervención eficaz debe incluir a la familia, ofreciendo espacios de formación, orientación y cuidado compartido. Las profesionales señalan el papel esencial del Trabajo Social en la sensibilización del entorno y en la construcción de redes de apoyo conscientes, empáticas y corresponsables.

> «Mi pareja no sabía lo que me pasaba y eso me hizo sentir más sola. Si alguien le hubiera explicado cómo ayudarme, creo que todo habría sido distinto» (MOM1).

> «El entorno es parte del proceso, no solo la madre. Tenemos que trabajar con las familias para que no se conviertan en una carga más» (TS2).

3.4. Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario

La atención a la depresión posparto se encuentra condicionada por deficiencias en el sistema sociosanitario, que dificultan la detección, el seguimiento y la prevención del suicidio materno. Las entrevistas evidencian que la invisibilidad institucional del problema, el predominio del modelo biomédico y la falta de recursos especializados generan una cobertura desigual, dejando a muchas mujeres sin la atención integral que necesitan.

3.4.1. Invisibilidad institucional de la depresión posparto

La depresión posparto no ocupa un lugar prioritario en las agendas sociosanitarias ni en los planes de salud mental. Esta falta de visibilidad se traduce en ausencia de campañas de sensibilización, escasos protocolos y limitada investigación específica en el ámbito público. Las participantes subrayan que esta invisibilidad refuerza el estigma, perpetúa el silencio de las madres afectadas y retrasa la búsqueda de ayuda. Se propone, como respuesta, dar mayor relevancia a esta problemática en las políticas públicas, impulsar estudios que dimensionen su alcance y desarrollar estrategias de sensibilización dirigidas a la sociedad.

> «La depresión posparto no se nombra. A nivel institucional parece que no existe, y hasta que no se visibilice, las madres seguirán sufriendo en silencio» (TS2).

> «Yo nunca había oído hablar de depresión posparto hasta que lo viví. Nadie me lo explicó en el centro de salud, y eso me hizo sentir que lo que me pasaba era culpa mía» (MOM5).

3.4.2. Predominio del enfoque biomédico

La atención que se brinda a las mujeres en el período perinatal continúa centrada en el recién nacido y en los aspectos físicos de la madre, relegando la dimensión social y emocional. Este modelo biomédico limita la detección temprana y reduce la intervención a soluciones farmacológicas,

dejando de lado el acompañamiento psicosocial. Las trabajadoras sociales y otros profesionales reclaman una perspectiva interdisciplinaria que integre la mirada social en los equipos, con el fin de garantizar un abordaje biopsicosocial e integral de la maternidad.

> «La mayor parte de la atención se centra en el bebé y en las revisiones físicas, pero lo que vive la madre a nivel emocional queda en un segundo plano» (MAT1).

> «[...] al final lo que se ofrece es medicación, pero no se trabaja con la familia ni con la comunidad. Ahí es donde el Trabajo Social puede aportar muchísimo» (TS1).

3.4.3. Carencia de recursos especializados

Otra de las limitaciones destacadas por las informantes entrevistadas es la falta de dispositivos y programas específicos en salud mental perinatal. En muchos centros no existen unidades de referencia ni personal con formación en depresión posparto, lo que genera una atención fragmentada y desigual según el territorio. Esta situación repercute en la demora en la atención y en la ausencia de un seguimiento continuado. Desde el Trabajo Social se señala la necesidad de fortalecer la red sociosanitaria con más profesionales, formación específica y programas comunitarios de apoyo posparto.

> «No hay recursos específicos para depresión posparto. Te derivan a salud mental general, y ahí es muy fácil que te pierdas en el sistema» (PS1).

> «Si hubiera un equipo especializado sería diferente, porque ahora vamos un poco a ciegas. Falta personal y falta formación para atender este problema» (TS3).

4. DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido analizar de forma crítica los factores de riesgo, las barreras institucionales y las estrategias de intervención vinculadas a la atención de la depresión posparto desde la perspectiva del Trabajo Social. Gracias al enfoque cualitativo, ha sido posible recoger tanto la voz de las madres como la experiencia profesional de trabajadoras sociales y otros agentes del sistema, lo que ha facilitado una comprensión profunda y contextualizada de los desafíos actuales. Esta mirada ha revelado importantes vacíos en la respuesta institucional, pero también oportunidades para fortalecer el papel del Trabajo Social en la detección, el acompañamiento y la prevención del suicidio materno.

Uno de los principales hallazgos obtenidos está vinculado con la persistente invisibilidad de la depresión posparto dentro del sistema público de salud. A pesar de su elevada prevalencia y de su impacto en la salud global de las mujeres, esta problemática continúa siendo infrarrepresentada en los planes de salud mental, como señalan estudios como Estalayo (2014), Hahn-Holbrook et al. (2018), González-González *et al.* (2019) o Prades-Caballero *et al*. (2024). Esta falta de reconocimiento institucional se traduce en una atención fragmentada y centrada casi exclusivamente en el bienestar físico del recién nacido, obviando el sufrimiento psicológico de la madre. Aunque en el contexto valenciano, el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, reconoce la importancia de un modelo de atención comunitaria e integrada, así como la necesidad de abordar el suicidio desde una perspectiva multisectorial, la salud mental perinatal aún no aparece

claramente definida como una prioridad específica dentro de sus líneas estratégicas. Asimismo, el anteproyecto del Plan de Prevención del Suicidio presentado por la Generalitat Valenciana en 2025 representa una oportunidad para incluir a las mujeres en período perinatal como colectivo de riesgo, y para posicionar al Trabajo Social como un agente central en la prevención, detección y acompañamiento.

De manera paralela, los resultados obtenidos apuntan a un predominio del modelo biomédico, que tiende a simplificar la complejidad del fenómeno y a responder con tratamientos farmacológicos descontextualizados (Olza *et al.*, 2021; Duberstein *et al.,* 2021). Tal como han expuesto Wade y Halligan (2017), este enfoque tiende a reducir las causas del malestar a aspectos individuales, dejando al margen factores estructurales y sociales que son fundamentales. El Trabajo Social, en este sentido, se presenta como una disciplina clave para transitar hacia un modelo biopsicosocial que contemple las interacciones entre la dimensión emocional, relacional y estructural (Horevitz y Manoleas, 2013)

Asimismo, la carencia de recursos especializados ha sido señalada por las participantes como una barrera crítica. La escasez de personal formado en salud mental perinatal, la falta de programas específicos y la ausencia de dispositivos accesibles agravan la sensación de desprotección. Este hallazgo coincide con las advertencias de Howard y Khalifeh (2020) o Deichen (2022), quienes ya subrayaban la urgencia de establecer dispositivos integrados que aborden la salud mental materna desde una perspectiva interdisciplinar.

Desde el plano profesional, las trabajadoras sociales entrevistadas evidencian la infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos de atención sociosanitaria. Esta situación, también identificada en estudios como el de Beddoe (2013) o Zerden et al. (2019), limita su capacidad de incidencia y su participación en la elaboración de estrategias de prevención. La progresiva desvalorización institucional del Trabajo Social pone en riesgo su potencial transformador, especialmente en áreas donde lo emocional, lo relacional y lo comunitario resultan determinantes.

Pese a estas barreras, los resultados también permiten identificar estrategias efectivas para la prevención del suicidio materno, muchas de las cuales están directamente vinculadas con la intervención del Trabajo Social. Entre ellas destacan el seguimiento posparto continuado, el apoyo psicosocial personalizado y la educación del entorno familiar. Estas estrategias permiten generar una red de apoyo integral que, según Shorey et al. (2018) y Saharoy *et al*. (2023) es clave para reducir la cronificación del malestar emocional y promover procesos de recuperación sostenibles.

Por otro lado, se han evidenciado desigualdades estructurales que afectan especialmente a mujeres en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Tal como destacan Lund *et al.* (2018), la escasa inversión pública y la precarización de los servicios dificultan la implementación de estrategias eficaces. En línea con estudios como los de Levesque *et al.* (2013), esta investigación subraya que, aunque la cobertura pública pretende amortiguar en parte las barreras económicas, persisten otras relacionadas con la burocracia, la distancia geográfica a los recursos y la rigidez de los circuitos asistenciales.

Además, el estigma asociado a la maternidad no normativa se presenta como un obstáculo transversal que inhibe la solicitud de ayuda. Las madres relatan sentirse juzgadas, incomprendidas o incluso deslegitimadas en su malestar. Esto coincide con lo planteado por Darvill *et al*.

(2010) y Smorti *et al.* (2019), quienes alertan sobre los efectos deshumanizantes del estigma en los contextos clínicos. El Trabajo Social, al promover una mirada crítica y centrada en los derechos, tiene un papel clave en la construcción de espacios de atención libres de prejuicios y emocionalmente seguros.

Esta investigación refuerza la idea de que el Trabajo Social no debe limitarse a un rol gestor de recursos, sino que debe ser reconocido como una disciplina de base relacional, política y comunitaria, capaz de incidir en las condiciones estructurales que sostienen el sufrimiento de las mujeres. Coincidiendo con Yamada *et al.* (2019), los resultados subrayan la necesidad urgente de potenciar la presencia del Trabajo Social en el ámbito sociosanitario, así como de aumentar la investigación sobre salud mental perinatal desde una perspectiva social y feminista.

5. CONCLUSIONES

La investigación ha permitido identificar barreras determinantes en la atención a la salud mental perinatal y en la prevención del suicidio materno, situando al Trabajo Social como una disciplina clave para abordarlas. En el plano estructural, persiste la escasa inversión en recursos especializados y la falta de dispositivos accesibles que ofrezcan atención integral. En el plano social, el estigma hacia la maternidad no normativa y la ausencia de redes comunitarias sólidas siguen limitando la búsqueda de ayuda. A nivel profesional, destaca la insuficiente presencia de trabajadoras sociales en equipos sociosanitarios y la carencia de formación específica en salud mental perinatal, mientras que el predominio del modelo biomédico desplaza a un segundo plano los factores emocionales, relacionales y comunitarios que son esenciales para una intervención eficaz.

En este contexto, el Trabajo Social debe posicionarse como motor de cambio en la configuración de políticas públicas y estrategias de intervención. Su capacidad para articular lo individual con lo colectivo, integrar la perspectiva de derechos y garantizar la participación activa de las mujeres y sus familias, le confiere un papel estratégico en la construcción de respuestas más humanas, inclusivas y contextualizadas. Los resultados evidencian que las políticas actuales rara vez incorporan de forma sistemática la voz de las mujeres afectadas o el criterio profesional de las trabajadoras sociales, lo que limita el alcance y la pertinencia de las intervenciones.

La transformación que se propone implica un doble cambio: estructural y metodológico. Por una parte estructural, porque es imprescindible que las políticas públicas desarrollen diagnósticos sociales y contemplen la interseccionalidad de los determinantes de la salud mental materna, con una inversión acorde a la magnitud del problema. Por otra un cambio metodológico, porque se requiere reforzar la formación especializada de los equipos, flexibilizar los servicios e incorporar estrategias preventivas como el seguimiento posparto continuado, el apoyo psicosocial personalizado y la educación del entorno familiar. Todas ellas deben desarrollarse bajo el liderazgo o la participación activa del Trabajo Social, dada su experiencia en el trabajo en red, la mediación comunitaria y la coordinación interinstitucional.

El futuro de la atención a la salud mental perinatal y la prevención del suicidio materno pasan por reconocer y potenciar el papel del Trabajo Social como disciplina que no solo provee recursos, sino que actúa como agente de transformación social. Esto implica situar su práctica en el centro de los equipos multidisciplinares, garantizando que la atención esté guiada por principios de

equidad, justicia social y respeto a la diversidad de experiencias maternas. De este modo, puede ser posible la consolidación de una red de atención sociosanitaria sólida, diversa y accesible que responda de forma integral a las necesidades de las mujeres y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antúnez, M., Martín, N., Casilari, J. C., y Mérida, F. J. (2022). «Depresión posparto: análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería». *Enfermería Cuidándote, 5*(3), 19–29. https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670

Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work*, 4th edition, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Beddoe, L. (2013). «Health social work: Professional identity and knowledge». *Qualitative social work, 12*(1), 24-40. https://doi.org/10.1177/1473325011415455

Caparrós-González, R. A., y Rodríguez, M. D. L. F. (2020). «Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil». *Clínica y Salud, 31*(3), 161-163. https://doi.org/10.5093/clysa2020a10

Darvill, R., Skirton, H. y Farrand, P. (2010). «Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition». *Midwifery, 26*, 3. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006

Deichen, M. E. (2022). «Reinvigorating social work's focus on perinatal health». *International Journal of Social Work Values and Ethics, 19*(1), 102-120. https://doi.org/10.55521/10-019-111

DeJonckheere, M., y Vaughn, L. M. (2019). «Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour». *Family medicine and community health, 7*(2), e000057. Doi:10.1136/ fmch-2018-000057

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). «La entrevista, recurso flexible y dinámico». *Investigación en Educación Médica, 2*(7), 162-167.

Duberstein, Z. T., Brunner, J., Panisch, L. S., Bandyopadhyay, S., Irvine, C., Macri, J. A., Pressman, E, Thornburg, L.L., Poleshuck, E., Bell, K., Best, M., Barrett, E., Miller, R.K. y O'Connor, T. G. (2021). «The biopsychosocial model and perinatal health care: determinants of perinatal care in a community sample». *Frontiers in psychiatry, 12,* 746803. doi: 10.3389/ fpsyt.2021.746803

Erlingsson, C., y Brysiewicz, P. (2017). «A hands-on guide to doing content analysis». *African journal of emergency medicine, 7*(3), 93-99. https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001

Estalayo, L. M. (2014). «La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria». *Trabajo Social Hoy, 71*, 63-72. doi: 10.12960/TSH.2014.0003.

Fernández de Castro, P. y Díaz-Herráiz, E. (2021). «Necesidades sociales básicas: categorias referenciales para el diagnóstico social». *Trabajo Social Global - Global Social Work, 11*, 105-134. https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.15249

Giménez-Bertomeu, V. M. G. (2014). «Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable/Ethical issues in social work research and strategies for an ethically responsible research». *Azarbe,* (3), 187-195.

González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S. y López-Sánchez, I. (2019). «Associated factors for postpartum depression». *Revista Archivo Médico de Camagüey, 23*(6), 770-779.

Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., y Anaya, I. (2018). «Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries». *Frontiers in psychiatry, 8,* 248. Doi: 10.3389/fpsyt.2017.00248

Herzog, B. (2006). «Entender crimen y justicia. Métodos y técnicas de investigación social cualitativa en criminología». Tirant lo Blanch.

Horevitz, E. y Manoleas, P. (2013). «Professional Competencies and Training Needs of Professional Social Workers in Integrated Behavioral Health in Primary Care». *Social Work in Health Care, 52*(8), 752-787. https://doi.org/10.1080/00981389.2013.791362

Howard, L. M., y Khalifeh, H. (2020). «Perinatal mental health: a review of progress and challenges». *World psychiatry, 19*(3), 313-327. https://doi.org/10.1002/wps.20769

Laumann, K. (2020). «Criteria for qualitative methods in human reliability analysis». *Reliability engineering & system safety, 194*, 106198. https://doi.org/10.1016/j.ress.2018.07.001

Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). «Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations». *International journal for equity in health, 12*(1), 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V. y Saxena, S. (2018). «Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: A systematic review of reviews». *Lancet Psychiatry, 5,* 357-369. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9

Martínez-Vázquez, S., Peinado-Molina, R. A., Hernández-Martínez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2025). «Prevalence and associated factors of perinatal suicide risk in spanish women». *Archives of suicide research, 29*(2), 361-376.

Miller, D. P., Bazzi, A. R., Allen, H. L., Martinson, M. L., Salas-Wright, C. P., Jantz, K., Crevi, K. y Rosenbloom, D. L. (2017). «A social work approach to policy: Implications for po-

pulation health». *American journal of public health, 107*(S3), S243-S249. Doi: 10.2105/AJPH.2017.304003.

Olza, I., Fernández-Lorenzo, P., González-Uriarte, A., Herrero-Azorín, F., Carmona- Cañabate, S., Gil-Sanchez, A., Amado-Gómez, E. y Dip, M. E. (2021). «An ecosystemic model for comprehensive perinatal mental health care». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41*(139), 23-35. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., y Hoagwood, K. (2015). «Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research». *Administration and policy in mental health and mental health services research, 42*(5), 533-544. Doi: 10.1007/s10488-013-0528-y.

Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J. J., y Carbonell, A. (2024). «La prevención, intervención y posvención de la conducta suicida: Una mirada desde el Trabajo Social». *Cuadernos de Trabajo Social, 37*(1), 127–141. https://doi.org/10.5209/cuts.92021

Reid, H.E., Edge, D., Pratt, D. y Wittkowski, A. (2024). «Working with suicidal mothers during the perinatal period: a reflexive thematic analysis study with mental health professionals». BMC *Psychiatry 24*, 106. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05537-1

Rodríguez-González, A. M. (2018). «La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a». *Trabajo Social Hoy, 85*, 7-26. doi:10.12960/TSH.2018.0013

Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M. G., Caparrós-González, R. A., Martin-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C., y Osma, J. (2023). «Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain». *Clínica y Salud, 34*(2), 51-63. https://doi.org/10.5093/clysa2023a15

Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M. y Taksande, A. B. (2023). «Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants». *Cureus, 15*(7). DOI: 10.7759/cureus.41381

Sánchez-Tapia, F. R., Ostolaza-Vite, A. R., Peña-López, E. A., Ruiz-Grosso, P. J., y Vega-Dienstmaier, J. M. (2017). «Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto». *Revista de Neuro-Psiquiatría, 80*(3), 172-180.

Santiago-Warner, S. (2024). «The integration of the resolved through sharing perinatal bereavement follow-up model with Latinx cultural values: A case illustration». *Clinical Social Work Journal, 52*(1), 12-22. https://doi.org/10.1007/s10615-023-00873-3

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Lau, Y., Dennis, C. L. y Chan, Y. H. (2019). «Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression

(part 1): randomized controlled trial». *Journal of Medical Internet Research, 21*(8), e12410. Doi: 10.2196/12410

Smorti, M., Ponti, L., y Pancetti, F. (2019). «A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: The role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics». *Frontiers in public health, 7*, 295. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295

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

Xu, J. B. (2024). *Conducting Semi-Structured Interviews in Social Service Research: A Practical Guide*. National University of Singapore Social Service Research Centre

Yörük, S., Açikgöz, A., Türkmen, H., y Karlidere, T. (2020). «The prevalence of postpartum depression and the correlation of perceived social support and quality of life with postpartum depression: A longitudinal study». *Puerto Rico Health Sciences Journal, 39*(4), 327-335.

Wade, D.T. y Halligan, P. W. (2017). «The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come». *Clinical Rehabilitation. 2017;* 31(8), 995-1004. doi:10.1177/0269215517709890

World Health Organization (2014). «Preventing suicide: A global imperative». Geneva: World Health Organization.

— «Suicide. 2024». Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for Medical research involving human subjects*.

Yamada, A. M., Wenzel, S. L., DeBonis, J. A., Fenwick, K. M., y Holguin, M. (2019). «Experiences of Collaborative Behavioral Health-Care Professionals: Implications for Social Work Education and Training». *Journal of Social Work Education, 55*(3), 519-536. https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1593900

Zerden, L. D., Lombardi, B. M. y Jones, A. (2019). «Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course». *Social Work in Health Care, 58*(1), 142-149. https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1553



SEXUALIDAD COMO MONEDA DE CAMBIO: DINÁMICAS TRANSACCIONALES EN EL ENTORNO PENITENCIARIO

SEXUALITY AS CURRENCY EXCHANGE: TRANSACTIONAL DYNAMICS IN THE PRISON ENVIRONMENT

Vera Méndez Monleón
Universitat de les Illes Balears

Joan Albert Riera Adrover
Universitat de les Illes Balears

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo analizar cómo se desarrolla la sexualidad dentro de los centros penitenciarios, prestando especial atención a la posible existencia de dinámicas de prostitución y al papel que puede desempeñar el Trabajo Social ante este fenómeno. Para ello, se explora la vivencia de la sexualidad en contextos de privación de libertad, se revisan las distintas conceptualizaciones y tipologías de prostitución según la literatura especializada, y se profundiza en las posibles causas que originan estas prácticas en el entorno penitenciario, así como en el conocimiento que tienen los profesionales al respecto.

Palabras Clave: Prostitución, Instituciones Penitenciarias, vulnerabilidad, sexualidad, enfermedad transmisión sexual.

Abstract: The present work aims to analyze how sexuality develops within penitentiary centers, paying special attention to the possible existence of prostitution dynamics and the role that Social Work can play in relation to this phenomenon. To this end, the experience of sexuality in contexts of deprivation of liberty is explored, the different conceptualizations and typologies of prostitution according to specialized literature are reviewed, and a deeper examination is made of the possible causes that give rise to these practices in the penitentiary environment, as well as the knowledge that professionals have regarding the matter.

Keywords: Prostitution, Penitentiary Institutions, vulnerability, sexuality, sexually transmitted diseases.

Referencia normalizada: Méndez, V. y Riera, J. A. (2025) Sexualidad como moneda de cambio: dinámicas transaccionales en el entorno penitenciario. *Trabajo Social Hoy 104*(1), págs. 119-134. Doi: 10.12960/TSH.2025.0017

Correspondencia: Joan Albert Riera Adrover. *Email*: joan.riera@uib.es

1. LA SEXUALIDAD EN CONTEXTOS PENITENCIARIOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

El estudio de la sexualidad en las prisiones comenzó a principios del siglo xx, cuando apenas se publicaron algunos artículos aislados que debatían la supuesta «relación antinatural» tras las rejas. Así, los términos sexualidad y prisión parecían mutuamente excluyentes, asociándose el placer con lo opuesto al castigo corporal.

No obstante, es importante destacar que en España se permite la posibilidad de establecer relaciones de pareja y sexuales entre los internos, una medida que no está autorizada en muchos otros países.

La falta de conocimiento general sobre la sexualidad, junto con las dificultades para superar las ideas preconcebidas y estigmas existentes, permanece muy arraigada. Por ello, resulta fundamental considerar cómo las intervenciones relacionadas con la sexualidad en contextos penitenciarios pueden ser beneficiosas, no solo para los reclusos, sino también para el personal, a través de proyectos institucionales que aborden los mecanismos de defensa y tabúes presentes (Merotte, 2012).

Asimismo, merece atención la investigación sobre estrategias para el control del VIH en prisiones, pues estas pueden salvar vidas dentro del centro y reducir el número de contagios que, al salir, podrían propagarse a la población general. En este sentido, los científicos sociales podrían contribuir a modificar las políticas penitenciarias que actualmente dificultan la implementación de medidas prácticas, como la distribución de preservativos. A pesar de ello, existe escasa información sobre qué soluciones funcionarían mejor; por ejemplo, la mayoría del personal penitenciario tiende a preferir medidas de «administración», tales como incrementar el número de funcionarios y la supervisión.

Al analizar las dinámicas subyacentes de la sexualidad en prisión, los científicos sociales y sexólogos podrían ofrecer orientaciones no evaluativas para el diseño de políticas preventivas más adecuadas (Struckman-Johnson, Bumby, Donaldson, Struckman-Johnson, y Rucker, 2010).

La permanencia en instituciones cerradas —hospitales, asilos, albergues, entre otros— se considera un factor de riesgo para contraer enfermedades infecciosas. La prisión, como institución cerrada, también implica un riesgo incrementado de patologías infecciosas. Por ejemplo, ciertas enfermedades comunitarias, como la tuberculosis, presentan tasas de incidencia hasta 20 veces mayores en prisión que en la comunidad general (Prisiones y Enfermedades Infecciosas, 2000). Según un estudio no publicado por los Centros para el Control de Enfermedades, algunos reclusos contraen VIH durante su estancia en prisión (Struckman-Johnson *et al*., 2010).

Por otro lado, la mayor parte de la investigación se ha centrado en la coerción sexual en prisión —entendida como violación y prostitución forzada— más que en la actividad sexual consensuada entre los internos.

Al abordar el concepto de prostitución, suelen surgir tres ideas predominantes: la venta del cuerpo por dinero; la asociación comúnmente de que son mujeres las que venden y hombres quienes demandan; y el estigma social que acompaña a quienes realizan este tipo de intercambios (Musto y Trajtenberg, 2011). Existen múltiples formas de trabajo sexual organizadas, aunque la

atención mediática y académica se concentra desproporcionadamente en ciertas modalidades (prostitución callejera, clubes de striptease, prostitución ilegal), dejando menos exploradas otras (industria pornográfica, prostitución no callejera, agencias telefónicas, prostitución legal), así como ciertos actores menos visibles (gerentes, clientes, hombres, personas transexuales, etc.) (Weitzer, 2009, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

Uno de los desafíos principales radica en alcanzar una definición consensuada de prostitución, pues existen discrepancias entre autores. Algunos consideran apropiado definirla como el intercambio de sexo o favores sexuales por dinero, drogas u otros bienes (Overall, 1992, citado en Musto y Trajtenberg, 2011). Otros, como Naanen (1991), restringen la definición a mujeres cuya principal fuente de subsistencia es el intercambio sexual impersonal por dinero o beneficios materiales, excluyendo los intercambios esporádicos con motivaciones suplementarias (Naanen, 1991, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

También difieren en cuanto al tipo de recompensa que debe estar presente. Algunos autores exigen un pago monetario (Stillwell, 2002, citado en Musto y Trajtenberg, 2011), mientras que otros plantean una definición más amplia, que incluye regalos, comida, bebida, drogas o alojamiento (Shaw y Butler, 1998, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

Además, la prostitución no se define únicamente por la presencia de un intercambio sexual a cambio de una forma de pago, sino que se plantean tres objeciones importantes: primero, la interacción puede variar desde el coqueteo o el baile hasta el coito; segundo, el intercambio puede ser voluntario o forzado; y tercero, no necesariamente quienes participan en el intercambio son quienes reciben o realizan el pago (Hwang y Bedford, 2004, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

En la presente investigación, nos centramos en la definición de Overall (1992), que concibe la prostitución como el intercambio de sexo por dinero, drogas u otros bienes materiales, junto con la inclusión de la ganancia o recompensa en forma de regalos, comida, bebida o drogas, según Shaw y Butler. Sin embargo, no entendemos la prostitución como un mero intercambio económico, sino desde una perspectiva más integral.

Los siete criterios más relevantes para clasificar los mercados del trabajo sexual encontramos: en primer lugar, es fundamental el tipo de servicio ofrecido. Se considera servicio sexual directo aquel en que se vende un contacto físico de naturaleza sexual, que no necesariamente implica penetración o relaciones sexuales completas. Por el contrario, cuando el intercambio sexual no incluye necesariamente contacto físico, se habla de servicios sexuales indirectos (Sanders *et al*., 2009, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

En segundo lugar, está el lugar del trabajo sexual, que se refiere al sitio donde se solicita o se presta el servicio.

Un tercer criterio es el carácter jurídico del trabajo sexual. Mientras algunos países o contextos adoptan políticas prohibicionistas, otros optan por la legalización o regulación de la prostitución.

En cuarto lugar, y especialmente relevante en este análisis, se encuentra el tipo y nivel de la tarifa. Existe una amplia variabilidad en las tarifas cobradas por los trabajadores sexuales, que no siempre se expresan en dinero. El trabajo sexual también puede intercambiarse por comida, bebidas,

transporte, entradas a locales, regalos, refugio, pago de facturas o de la educación, entre otros (Mehrabadi, 2008, citado en Musto y Trajtenberg, 2011). Este aspecto cobra especial importancia en contextos con bajo desarrollo económico.

En quinto lugar, está el nivel de dependencia laboral de la trabajadora sexual. En un extremo se encuentran las trabajadoras autónomas, que actúan como empresarias independientes, y en el otro, aquellas que trabajan como empleadas. Algunas investigaciones indican que las mujeres que trabajan para terceros pueden beneficiarse de manera triple: con menor carga laboral, mayores ingresos económicos y menores niveles de victimización (Levitt y Dubner, 2009, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

El sexto criterio es el grado de libertad de las trabajadoras sexuales. En un extremo se sitúan aquellas que ejercen la prostitución bajo coacción, violencia, amenazas o engaño —es decir, víctimas de trata—, mientras que en el extremo opuesto se encuentran quienes ejercen libremente y sin ningún tipo de coerción (Musto y Trajtenberg, 2011).

Finalmente, otro criterio para diferenciar los mercados sexuales es la condición del oferente, tanto en términos de sexo (mujer, hombre, transexual) como de edad (adulto o menor) (Weitzer, 2009, citado en Musto y Trajtenberg, 2011).

2. MARCO CONTEXTUAL DEL SISTEMA PENITENCIARIO

Los establecimientos penitenciarios están concebidos arquitectónicamente como núcleos urbanos autosuficientes, en los que desempeñan su labor una gran diversidad de profesionales. Su finalidad es doble: garantizar la seguridad y custodia de las personas internas, y, al mismo tiempo, favorecer su proceso de reeducación y reinserción social (SGIP, 2017).

La Administración Penitenciaria cuenta con una red de centros penitenciarios distribuidos por todas las Comunidades Autónomas de España, a excepción de Cataluña, que tiene transferidas las competencias en esta materia. En total, existen 69 centros penitenciarios ubicados en distintas Comunidades Autónomas (Ministerio de Justicia, 2017).

Según el Informe ROSEP del Observatorio del Entorno Penitenciario, en el año 2015 había un total de 61.614 personas internas, mientras que en 2018 esta cifra descendió a 59.400 personas (Observatorio del Entorno Penitenciario, 2015).

Durante el tiempo de permanencia en prisión, el objetivo principal es que la estancia sirva como preparación para la vida en libertad. Para ello, el equipo técnico del centro penitenciario trabaja con las personas internas con el fin de conocer su situación social, laboral, familiar, relacional, etc., y tratar de intervenir sobre las causas que pudieron contribuir a su ingreso en prisión. Estas intervenciones siempre requieren el consentimiento de la persona interna.

La Junta de Tratamiento, compuesta por profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, educadores y juristas, es la encargada de elaborar propuestas y facilitar la participación en programas de intervención y tratamiento. Asimismo, existen programas específicos dirigidos a distintas problemáticas, y se ofrecen actividades deportivas, culturales, recreativas y ocupacionales que se desarrollan en los espacios y horarios establecidos por el centro.

Finalmente, cabe destacar la figura del Juez de Vigilancia Penitenciaria, cuya función es supervisar el cumplimiento de la condena impuesta, garantizar los derechos de las personas privadas de libertad y, en caso necesario, corregir la actuación de la Administración Penitenciaria. También interviene en este ámbito el Defensor del Pueblo, encargado de velar por los derechos fundamentales de la ciudadanía. Esta institución puede supervisar la actividad de la Administración y presentar informes ante las Cortes Generales. Las personas internas pueden acudir al Defensor del Pueblo si consideran que alguno de sus derechos o intereses legítimos —no afectados por la condena— ha sido vulnerado durante su estancia en prisión (Interior y General Técnica, 2010).

2.1. Proceso de entrada en Centros Penitenciarios

El Código Penal define los delitos que una persona puede cometer, guiándose por los principios y valores básicos de la convivencia social (Orgánica, De, Penal, y Estado, 1995). Algunos de estos delitos, según el artículo 25.2 de la Constitución española, pueden dar lugar a penas privativas de libertad y a medidas de seguridad orientadas a la reeducación y reinserción social, sin que puedan consistir en trabajos forzados. La persona condenada a pena de prisión que esté cumpliendo condena mantendrá los derechos fundamentales recogidos en este capítulo, salvo aquellos que sean expresamente limitados por el contenido de la sentencia, el sentido de la pena o la legislación penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado, a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad (Cortes Generales, 1978).

Cuando una persona comete un delito, es detenida y puesta a disposición del juez de guardia, quien puede ordenar su ingreso en prisión o dejarla en libertad mientras se instruye el caso. En ambos supuestos, la persona no está penada aún y puede ingresar o no en prisión. El ingreso se produce únicamente si el juez considera que existe riesgo de fuga, posibilidad de destrucción de pruebas, amenazas a víctimas o testigos, entre otras razones. Una vez juzgada, la persona puede ser absuelta o condenada a una pena (SGIP, 2017).

El régimen cerrado se aplica a quienes han sido clasificados en primer grado, ya sea por su peligrosidad o por la inadaptación a otros regímenes. También puede aplicarse en función del tipo de delito. Este régimen es revisado cada tres meses, ya que las condiciones son especialmente duras: los internos pasan la mayor parte del tiempo en sus celdas y únicamente disponen de dos o tres horas al día para salir, con pocas o ninguna actividad, salvo que exista un Programa de Primer Grado.

El régimen ordinario se aplica a los penados clasificados en segundo grado, que constituyen la mayoría de los internos. En este régimen, pueden participar en diversas actividades como gimnasio, talleres de hilos, cerámica y carpintería, asistir a la escuela, cursar estudios universitarios, o trabajar dentro del propio centro penitenciario. Además, pueden acceder a permisos de salida si la Junta de Tratamiento los aprueba. Las revisiones de este grado se realizan cada seis meses para valorar una posible progresión.

Por su parte, el régimen abierto se aplica a los clasificados en tercer grado, en el que se establece un sistema de semilibertad. Estos internos suelen residir en Centros de Inserción Social (CIS) o en las Secciones Abiertas de los centros penitenciarios. En este modelo, los internos salen prácticamente todos los días, siguiendo un horario previamente acordado con el equipo técnico del

CIS, en función de sus responsabilidades laborales, formativas, etc. Los fines de semana, además, pueden pasarlos en sus domicilios (Ministerio de Justicia e Interior, 1996).

El ingreso en el centro penitenciario se realiza a través del Departamento de Ingresos. La persona condenada a pena privativa de libertad tiene derecho a informar inmediatamente de su situación a su familia y a su abogado, ya sea por teléfono o por otros medios. En primer lugar, el personal del centro procede a su identificación personal. A continuación, se realiza un cacheo tanto a la persona como a los objetos que lleva consigo. Además, se le practica un reconocimiento médico inicial para comprobar su estado de salud.

Durante los primeros días, la persona interna mantendrá entrevistas con diversos profesionales del centro, como el trabajador social, educador, jurista, psicólogo, maestro, entre otros. Este equipo técnico será el encargado de proponer las actuaciones inmediatas a llevar a cabo, así como de determinar el módulo en el que residirá y las actividades que podrá realizar en prisión. Asimismo, disponen de un plazo máximo de dos meses para decidir el grado o régimen que se le asignará (Interior y General Técnica, 2010).

3. LA SEXUALIDAD EN CENTROS PENITENCIARIOS: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Existen múltiples razones por las cuales los científicos sociales han estudiado poco la coerción sexual en prisión. Una de las causas principales puede ser la falta de conciencia sobre el problema, dada la naturaleza oculta y controlada de los entornos institucionales donde ocurre (Struckman-Johnson *et al*., 2010).

Sabemos muy poco acerca de cómo los reclusos construyen sus definiciones de sexualidad. Por ejemplo, cuestiones como: ¿distinguen claramente entre violación, prostitución y sexualidad consensual? ¿Cómo influyen sus concepciones sobre prostitución y violación en su comprensión de la sexualidad? La literatura existente apenas aborda estas preguntas. Existe una urgente necesidad de investigar las actitudes de los internos frente al sexo consensual y al sexo forzado en prisión, para comenzar a explorar estas cuestiones (Hensley, Struckman-Johnson, Eigenberg, y Struckman-Johnson, 2000).

En relación con los funcionarios penitenciarios, Eigenberg (2000) señala que, según su estudio, un 23% de los actos sexuales consentidos en prisión se produjeron a cambio de dinero o cigarrillos. Asimismo, la mayoría de los oficiales (73%) consideraron que se trataba de violación cuando un preso se veía obligado a elegir entre saldar una deuda con actos sexuales o recibir una paliza.

La mayoría de los oficiales indicaron que las prostitutas en prisión participaban voluntariamente en actos sexuales a cambio de bienes materiales y que se involucraban por voluntad propia. Sin embargo, de forma paradójica, estos mismos oficiales también afirmaron que las prostitutas buscaban protección mediante estos actos. Los oficiales mostraron reticencias a interpretar la prostitución como una respuesta a la privación, ya que solo alrededor del 40% las consideraban como internas que necesitaban dinero para sobrevivir. Además, aproximadamente la mitad creía que las internas tenían experiencia previa en la prostitución antes del encarcelamiento.

Los oficiales tendían a haber redactado más informes disciplinarios relacionados con prostitución o actos sexuales consentidos que con violación o coerción sexual. En promedio, estimaron que un 25% de la población reclusa participaba en actos sexuales consensuales y que un 23% lo hacía a cambio de dinero o productos de la tienda del penal.

Resulta particularmente interesante que la mayoría de los oficiales percibieran a las personas que se prostituyen como participantes voluntarias, aunque también creyeran que la mayoría realizaban actos sexuales por necesidad de protección. No está claro cómo conciliaban estas creencias aparentemente contradictorias.

La mayor parte de la literatura sobre violación y homosexualidad consensuada no aborda la prostitución, y cuando lo hace, raramente discute el elemento coercitivo. Paradójicamente, los oficiales poseen mayor experiencia en la vigilancia de la prostitución, pese a mantener sistemas de creencias confusos y contradictorios respecto a esta actividad. Asimismo, resulta preocupante que una gran proporción de oficiales no quiera hablar con los reclusos sobre sexualidad, y que el 36% considere inapropiado discutir los actos sexuales consensuales con internos para desalentar dicho comportamiento (Eigenberg, 2000).

Por otro lado, la homosexualidad situacional se ha utilizado para explicar la participación de los reclusos en la prostitución. Algunos textos sugieren que ciertos homosexuales situacionales son hombres que practican conductas homosexuales para obtener bienes o servicios (Buffum y Kirkham, 1971, citado en Hensley *et al.*, 2000). Kirkham denominó «punks de cantina» a estos hombres y argumentó que las prostitutas eran generalmente personas homosexuales latentes que proporcionaban salidas sexuales a reclusos que no podían atraer a una «reina» o coaccionar exitosamente (Eigenberg, 2000).

Por último, el 20% de los internos describen las relaciones sexuales en prisión como relaciones «dadas las circunstancias», mientras que otro 20% las menciona con desprecio en relación con la prostitución (Merotte, 2012).

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en este trabajo se enmarca en un enfoque cualitativo, adecuado para explorar y comprender en profundidad una realidad compleja y poco visibilizada como es la vivencia de la sexualidad en el contexto penitenciario. Este enfoque permite analizar los significados, interpretaciones y dinámicas sociales que rodean la temática, prestando especial atención a los discursos y percepciones de los y las profesionales que trabajan en este ámbito.

4.1. Preguntas de Investigación

1. ¿Qué programas de educación sexual existen actualmente en el contexto penitenciario?

2. ¿Tienen las personas privadas de libertad acceso real y efectivo a métodos anticonceptivos?

3. ¿Cuál es el nivel de conciencia y conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población reclusa?

4. ¿Cómo abordan los distintos perfiles profesionales del ámbito penitenciario la cuestión de la sexualidad en prisión?

5. ¿Qué presencia tienen la prostitución y/o la coerción sexual en los centros penitenciarios?

6. ¿Qué medidas institucionales existen para prevenir o reducir la prostitución y la violencia sexual en prisión?

4.2. Objetivos

Objetivo General: Analizar el fenómeno de la sexualidad en el contexto penitenciario, centrándonos en la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos, la conciencia sobre enfermedades de transmisión sexual, la prostitución y la actuación de los profesionales en relación con estos aspectos.

Objetivos específicos:

1. Identificar y describir los programas de educación sexual que se implementan en los centros penitenciarios.

2. Evaluar la disponibilidad y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos dentro de las prisiones.

3. Analizar el nivel de conocimiento y conciencia que tienen las personas reclusas acerca de las infecciones de transmisión sexual.

4. Explorar cómo se aborda la sexualidad desde las diferentes profesiones que intervienen en el ámbito penitenciario.

5. Detectar la existencia y características de la prostitución y/o coerción sexual en los centros penitenciarios.

6. Investigar las medidas y estrategias que se aplican para paliar la prostitución y la violencia sexual en prisión.

4.3. Técnicas y procedimiento

Para dar respuesta a estas preguntas y alcanzar los objetivos planteados, se han utilizado dos técnicas principales: la revisión bibliográfica y la entrevista semiestructurada.

La revisión documental ha permitido contextualizar teóricamente el fenómeno, identificar investigaciones previas y establecer un marco conceptual que sustenta el análisis.

En cuanto al trabajo de campo, se han realizado entrevistas semiestructuradas de forma individual a cuatro profesionales de un centro penitenciario en España: un trabajador social, un psicólogo, un educador social y un funcionario de prisiones. La selección de estos perfiles responde al criterio de obtener una mirada interdisciplinar que permita abordar la sexualidad en prisión desde diferentes roles y funciones dentro de la institución.

Las entrevistas han seguido una guía flexible que ha facilitado la profundización en aspectos clave como las dinámicas sexuales, las estrategias de supervivencia, la percepción de la prostitución encubierta y los límites institucionales respecto a la expresión de la sexualidad.

Este diseño metodológico ha permitido recopilar información y contextualizarla para comprender cómo se configura y gestiona la sexualidad en el entorno penitenciario, así como las tensiones éticas y profesionales que ello implica.

5. RESULTADOS

La sexualidad en el contexto penitenciario se configura como una subcultura específica, donde las relaciones sexuales adquieren un carácter utilitario, entendidas como un medio para obtener ciertos beneficios. Así lo expone el psicólogo del centro penitenciario de Mallorca, quien señala que «la sexualidad tiene un carácter utilitario. No sé si se puede denominar prostitución, pero existe una parte significativa dentro de la subcultura penitenciaria en la que el dinero y el valor de las cosas adquieren otro sentido; las relaciones se entienden de manera diferente... Es una forma de búsqueda de salida, especialmente para personas que han permanecido durante largos años en prisión. Este fenómeno presenta componentes particulares derivados tanto del aislamiento social como de una subcultura carcelaria que implícitamente incluye favores sexuales».

En este sentido, resulta pertinente abordar el fenómeno de la prostitución, definida en el presente estudio como el intercambio de sexo por dinero, drogas u otros bienes materiales tales como regalos, alimentos o bebidas. Las entrevistas realizadas a profesionales del ámbito penitenciario, así como la literatura revisada, confirman la existencia de la prostitución en prisión, añadiendo además que esta adopta una forma situacional. Esto implica que las personas internas mantienen relaciones sexuales —no limitadas a la penetración, sino incluyendo prácticas como felaciones o tocamientos— con la intención de obtener ciertos beneficios dentro del centro penitenciario, pero que estas prácticas no se replican una vez que la persona recupera su libertad. En palabras del trabajador social entrevistado: «No continúan con la prostitución porque esta necesidad está más vinculada al ingreso en prisión».

Asimismo, dado que la mayoría de la población penitenciaria es masculina, la sexualidad se manifiesta como situacional en el sentido de que se recurre a la homosexualidad temporalmente. Un funcionario señala que «muchas veces responde a necesidades o situaciones de abuso; nadie está en una posición de poder y es un fenómeno completamente situacional. He conocido personas que eran muy homofóbicas en libertad y que dentro han tenido prácticas homosexuales, lo cual evidencia la naturaleza situacional del fenómeno».

Por otro lado, la sexualidad en prisión está condicionada por las características socioeconómicas y psicológicas de la población reclusa, caracterizada por un bajo nivel sociocultural, sumisión al placer ajeno, escasa formación académica, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, locus de control externo, desconfianza y problemas de adicciones, entre otros aspectos.

Este contexto revela una realidad compleja: aunque la legislación española permite a las personas internas mantener relaciones sentimentales, prohíbe expresamente las relaciones sexuales fuera de los encuentros vis a vis. Sin embargo, la práctica evidencia una realidad distinta. Según la opinión de los profesionales y la literatura consultada, existen encuentros sexuales en distintos

espacios dentro de los módulos penitenciarios, lo que implica la posibilidad de relaciones de prostitución. Un trabajador social expresa: «En los baños de los módulos, en las celdas, en el módulo sociocultural, en talleres, durante cursos, es posible que se produzcan encuentros sexuales...». Aunque las relaciones sexuales fuera de los vis a vis están sancionadas disciplinariamente, los partes por este motivo son infrecuentes, tal como indica un funcionario: «No genera muchos problemas porque es un acuerdo entre internos y cada uno obtiene un beneficio».

Frente a esta realidad, es relevante destacar la ausencia de protocolos o manuales de actuación específicos que aborden la sexualidad y la prostitución en prisión. Esta falta de regulación y formación conlleva una escasez de intervenciones profesionales estructuradas. El trabajador social entrevistado señala: «Nunca he visto ningún documento interno sobre sexualidad o prostitución. Creo que se sabe y se permite». Un funcionario añade: «Los protocolos en prisión están muy atrasados, son ambiguos y hay poca implicación por parte de la dirección. Nosotros trabajamos de buena fe, pero cuando propones algo a los superiores, la respuesta es limitada».

En cuanto a la intervención profesional, desde el trabajo social se observa que, en casos de abuso, la medida habitual es el traslado de una de las partes a otro módulo. En relaciones de intercambio consentido, en ausencia de conflicto, no se realizan intervenciones específicas, lo que evidencia una actitud de tolerancia ante la prostitución sin abordaje terapéutico.

En el ámbito psicológico, la intervención en casos de abuso está limitada por la falta de conocimiento y protocolos claros. Se intentan llevar a cabo conversaciones terapéuticas para concienciar a las víctimas, aunque la detección resulta compleja. Respecto a la prostitución, tampoco se interviene dado que se percibe como un fenómeno consentido y difícil de detectar. El psicólogo del centro manifiesta: «No está perseguido. Desde mi posición, resultaría invasivo decirle a una persona cómo debe vivir su sexualidad. Si decide prostituirse, me parecería invasivo abordar esa área desde ese enfoque».

El ámbito sanitario representa el campo con mayor cobertura en materia de sexualidad. En el módulo de enfermería, las mujeres disponen de atención ginecológica y obstétrica, además de médico general. Se les ofrece acceso a todos los métodos anticonceptivos existentes, y preservativos se incluyen en el lote higiénico entregado al ingreso. No obstante, el acceso a preservativos fuera de este lote es limitado y requiere solicitud médica. En ocasiones se han impartido cursos de educación sexual dirigidos únicamente a mujeres, excluyendo a los hombres, pese a ser mayoría en prisión. La enfermera entrevistada destaca: «A nivel sanitario, las mujeres tienen un plus que no tienen fuera. Los hombres parten de la base de que ya tienen educación sexual, aunque solo reciben formación específica si presentan alguna enfermedad, como VIH».

La educación sexual en prisión se realiza mayormente a nivel individual, a través de consultas médicas o enfermeras. Existe una notable diferencia entre hombres y mujeres: mientras estas últimas acceden desde el ingreso a recursos ginecológicos y pueden solicitar atención en cualquier momento, los hombres carecen de talleres o recursos educativos en sexualidad, quedando esta área relegada.

Finalmente, la perspectiva de los funcionarios penitenciarios, quienes pasan más tiempo con las personas internas, se limita a informar sobre situaciones de prostitución a los profesionales de tratamiento, emitir partes disciplinarios y proceder a la separación de módulos si el equi-

po técnico así lo decide. No se realizan intervenciones terapéuticas formales, aunque algunos funcionarios intentan, de manera intuitiva, apoyar a los internos mediante conversaciones para desalentar estas prácticas.

En conclusión, la sexualidad en prisión se fundamenta en un intercambio utilitario arraigado y poco abordado desde las distintas disciplinas que intervienen en el ámbito penitenciario.

Por otra parte, la relación entre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual (ETS) es un tema recurrente en la literatura, la cual evidencia la transmisión de ETS entre personas internas. Sin embargo, los profesionales entrevistados minimizan este fenómeno en prisión, atribuyendo la mayoría de los contagios a episodios fuera del centro, como permisos o encuentros vis a vis. Según el psicólogo y trabajador social: «Sí, se detectan casos, pero no dentro del centro, sino durante permisos, cuando regresan». Además, apuntan que muchas infecciones no se transmiten sexualmente, sino por consumo compartido de drogas. Un funcionario reconoce conocer brotes de sífilis y otras infecciones en otras prisiones españolas, aunque en Mallorca no se han registrado casos graves: «He oído hablar de brotes que no saben su origen y que han sido por relaciones sexuales dentro de prisión, pero aquí no se han dado».

Respecto a posibles intervenciones, los profesionales sugieren distintas propuestas: desde trabajo social, la implementación de cursos de educación sexual para hombres y mujeres; desde psicología, el desarrollo de programas educativos que aborden la sexualidad, desmitifiquen tabúes y favorezcan el trabajo terapéutico; desde sanidad, la reanudación de cursos de educación sexual dirigidos a mujeres; y desde los funcionarios, la mejora de la comunicación interdisciplinar y la formación específica para el propio personal en esta materia.

Cabe destacar que todos los profesionales coinciden en no limitar las relaciones sexuales consentidas siempre que se desarrollen en un marco de respeto y convivencia, considerando que la privación de libertad ya supone una restricción significativa y que la sexualidad es un aspecto inherente a la condición humana. En palabras del psicólogo: «Soy partidario de que puedan ejercer su sexualidad libremente, siempre con respeto. La sexualidad debe normalizarse, no limitarse ni controlarse en los baños. A los internos se les priva de la sociedad y la libertad, punto».

En definitiva, la sexualidad en los centros penitenciarios emerge como un fenómeno complejo, condicionado por factores estructurales, culturales y sociales propios del ámbito carcelario. La ausencia de protocolos específicos y la escasa formación profesional limitan las intervenciones integrales, generando una brecha entre la realidad vivida por las personas internas y la respuesta institucional. Por ello, resulta imprescindible promover un abordaje multidisciplinar que incluya educación sexual, prevención de riesgos, respeto a los derechos humanos y un enfoque terapéutico que atienda tanto la dimensión individual como colectiva de la sexualidad en prisión. Solo mediante esta articulación será posible avanzar hacia una gestión más humanizada, que contribuya al bienestar y a la reinserción social de las personas privadas de libertad.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación reflejan la complejidad y ambigüedad con las que se vive e interpreta la sexualidad dentro de los centros penitenciarios. Aunque en el ordenamiento jurídico español la sexualidad no está expresamente restringida y se permite el establecimiento

de relaciones de pareja y sexuales entre internos, en la práctica cotidiana persisten numerosos tabúes y actitudes contradictorias tanto por parte del personal como de los propios reclusos, tal como señalan Merotte (2012) y Eigenberg (2000).

Por un lado, se destaca cómo la sexualidad en prisión ha sido históricamente silenciada. Tal como indican Struckman-Johnson *et al.* (2010), la investigación se ha centrado especialmente en la coerción sexual, dejando en segundo plano las dinámicas de sexualidad consensuada o transaccional. Esta tendencia también se refleja en las prácticas institucionales, donde los informes disciplinarios se centran más en la prostitución o en los actos sexuales «consentidos» que en las agresiones o violaciones, lo que sugiere una cierta normalización del fenómeno (Eigenberg, 2000).

Los resultados obtenidos evidencian que las prácticas sexuales en prisión se desarrollan en un contexto marcado por la escasez, la vulnerabilidad y las relaciones de poder. Esto coincide con el enfoque de Musto y Trajtenberg (2011), que plantean que la prostitución no puede entenderse solo como un intercambio económico, sino como un fenómeno que incluye distintos tipos de recompensas (alimentos, protección, favores). Este modelo permite comprender por qué algunos internos recurren al sexo como estrategia de supervivencia o como medio para obtener ciertos beneficios dentro del sistema penitenciario.

Por otro lado, la percepción de los funcionarios penitenciarios refleja una visión ambivalente: consideran que los actos sexuales a cambio de bienes son voluntarios, pero al mismo tiempo reconocen que muchas veces responden a la necesidad de protección o a situaciones de vulnerabilidad. Esta paradoja, ya señalada por Eigenberg (2000), pone de manifiesto la dificultad de distinguir entre consentimiento real y consentimiento condicionado en contextos donde la libertad está severamente limitada.

En cuanto a la definición de prostitución, los resultados de este trabajo adoptan una perspectiva integradora, siguiendo a Overall (1992) y Shaw y Butler (1998), que contempla distintas formas de compensación y contextos. Esto permite visibilizar una realidad mucho más diversa y matizada del trabajo sexual en prisión, que va más allá de las categorías tradicionales y que, con frecuencia, también involucra a hombres y personas transexuales, segmentos históricamente invisibilizados, como señalan Musto y Trajtenberg (2011).

Finalmente, se confirma la ausencia de espacios de diálogo y educación sexual en los centros penitenciarios. Esta carencia dificulta una gestión saludable de la sexualidad y perpetúa patrones de silencio y estigmatización, tal como advierten Hensley *et al.* (2000). Además, se observa una resistencia institucional a abordar abiertamente la sexualidad, con un 36% de los funcionarios que consideran inapropiado hablar con los internos sobre actos sexuales consensuados, lo cual contradice el objetivo rehabilitador del sistema penitenciario.

Los resultados y las reflexiones obtenidas en este estudio deben interpretarse considerando ciertas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la selección no aleatoria de los profesionales entrevistados, quienes además ya tenían una relación previa con los investigadores, puede influir en la objetividad y variedad de las respuestas. También puede favorecer la aparición de sesgos derivados de ideas preconcebidas sobre los internos por lo años trabajando en los Centros Penitenciarios y sus dinámicas, lo que condiciona la narrativa y el enfoque desde el que se abordan los temas de sexualidad en prisión.

Además, la posibilidad de contaminación narrativa entre los profesionales, debido a la cercanía y el intercambio constante dentro del mismo contexto laboral, puede homogeneizar las perspectivas, limitando así la diversidad de opiniones y experiencias recogidas. Esto plantea la necesidad de incorporar en futuros estudios a profesionales de distintos centros o con perfiles diversos para enriquecer la comprensión del fenómeno.

Por otro lado, la invisibilidad de la sexualidad en prisión, especialmente en el contexto español, se refleja en la escasez de literatura y análisis rigurosos sobre esta temática. La falta de investigaciones limita la posibilidad de contrastar y profundizar en los resultados obtenidos, dificultando también el diseño de intervenciones adecuadas. Aunque en EE.UU. existen estudios que abordan la sexualidad en prisiones, estos siguen siendo reducidos en número frente a la complejidad y magnitud del fenómeno, lo que indica un vacío generalizado en la investigación internacional.

Esta ausencia de referencias académicas y la dificultad para acceder a testimonios y datos verídicos refuerzan la idea de que la sexualidad en prisión es un ámbito oculto y poco explorado, que requiere una mayor atención por parte de la comunidad científica y de los responsables de políticas penitenciarias. Fomentar estudios multidisciplinarios que consideren tanto la perspectiva de los profesionales como la de los propios internos podría contribuir a visibilizar estas experiencias y promover un abordaje más humanizado y respetuoso de la sexualidad dentro de los centros penitenciarios.

En definitiva, estas limitaciones y el contexto de invisibilidad indican que los resultados deben ser interpretados con cautela, pero también subrayan la relevancia y urgencia de profundizar en esta línea de investigación para avanzar en la comprensión y mejora de la realidad sexual en prisión.

7. CONCLUSIONES

En el apartado anterior hemos podido comentar los resultados de la investigación sobre como se da la sexualidad en los centros penitenciarios, así como hemos podido observar que se dan en ocasiones fuera de los encuentros de vis a vis o permisos, sino que se dan en los módulos y que esto es sancionable con un parte. La verdad es que muy pocas veces se dan los casos de partes por este motivo, lo que muestra una cierta contradicción ya que se coincide en la existencia de prostitución y de relaciones sexuales dentro de los módulos, pero al mismo tiempo se ha aludido a la escasa cantidad de partes en este sentido. Por tanto, muestra que, a pesar de tener constancia y conocimientos sobre lo que sucede dentro de los Centros Penitenciarios, se opta en cierta manera por mirar hacia otro lado si no produce conflictos de convivencia o es una relación de abuso. En cierta forma, se permite porque muchos de los profesionales no lo consideran como prostitución, sino que lo consideran como una forma de vida diferente a la de afuera por el contexto en el que se encuentran los internos, de carencias tanto materiales como afectivas. A pesar de ello, cabe tener en cuenta que si estas necesidades por las que realizan ese intercambio estuvieran cubiertas no se daría este fenómeno, por tanto, dotar de algunas de estas necesidades no cubiertas, como, los productos de economato necesarios sin un pago que ya que algunos no se lo pueden permitir o llamadas telefónicas a las familias de forma gratuita, entre otras, sería otra forma de prevenir las relaciones de intercambio.

Otra forma interesante de prevenir este tipo de sexualidad basada en el utilitarismo es una posible intervención a nivel terapéutico con las usuarios que realizan actos de prostitución, además

de un seguimiento médico de estas personas. El interesarse por el la persona y que sienta que es importante para el profesional, que le importa lo que le sucede, puede generar una relación de ayuda que puede desencadenar a una reflexión más profunda sobre el tipo de sexualidad que esta ejerciendo dentro de prisiones ya que generalmente, como se ha comentado anteriormente, son personas que realizan estos intercambios por la situación en la que están de carencias no por deseo en ningún caso de ejercer la prostitución. Entonces, aquí es importante mencionar el hecho de la confusión que he podido percibir sobre que estas relaciones son consentidas. Todos los profesionales entrevistados aludían al consentimiento de este tipo de relaciones, pero ¿hasta que punto es consentido cuando se trata de un intercambio por necesidad? Es cierto, que las personas que mantienen estas relaciones a cambio de algo no están siendo forzadas físicamente, pero si nos paramos a pensarlo si están siendo forzadas psicológicamente, por tanto, es muy relativo el hecho de que sea consentido realmente.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, si bien es cierto que en su mayoría los profesionales han coincidido de que se da fuera del Sistema Penitenciario, hay un profesional que tiene constancia por parte de profesionales de otros Centros Penitenciarios de España que sí se dan casos en otras provincias de enfermedades de transmisión sexual dentro de prisiones, lo que deja en evidencia un sistema controlado, una institución publica, donde aunque no se tratara de algo recurrente, el simple hecho de que ocurra debería dar pie a una intervención asumiendo así, la responsabilidad sobre un marco institucional y debidamente controlado como tal.

Otro aspecto sorprendente es el hecho de los programas que anteriormente se realizaban solo eran para mujeres y ninguno para hombres, dando por hecho que el hombre ya dispone de esa educación sexual cuando la realidad es otra muy distinta, y siendo estos el colectivo mayoritario dentro de prisiones. La intervención se tendría que abordar en ambas direcciones para generar una mayor asimilación entre el colectivo penitenciario sobre la sexualidad.

Por otro lado cabe mencionar, que de todas las entrevistas realizadas, ninguna ha mencionado la falta de protocolos de actuación ante el fenómeno, a pesar de no disponer de ellos y de aludir en diversas ocasiones al desconocimiento de cómo intervenir en determinadas ocasiones ante esta tipología sexual que se da en prisiones. También se ha podido observar una falta de comunicación entre los diversos campos muy importante ya que no conocían las labores o intervenciones que realizan los demás profesionales y esto, en cierta forma, provoca una gran desorganización.

Por último, hay que señalar que las intervenciones llevadas a cabo actualmente entre los diferentes campos son escasas e ineficaces. La medida a tomar habitualmente es la de cambio de módulo de uno de los actores implicados en el hecho en concreto. Esta medida aunque pretende ser correctiva, en la mayoría de los casos resulta inútil e ineficaz puesto que las personas implicadas reproducirán esa misma conducta independientemente del módulo en el que se las ubique puesto que siempre encontrarán otros individuos dispuestos a mantener relaciones tóxicas de prostitución. Por tanto, queda constatado que el patrón de conducta no puede ser modificado con esta herramienta correctiva ya que no permite remitir la situación emocional del individuo, únicamente varían los actores del fenómeno en cuestión.

En conclusión, la existencia de una sexualidad basada en el utilitarismo y prostitución queda confirmada. Además, también queda refutado el hecho de la ineficacia y escasez de las intervenciones que se llevan a cabo para paliar este fenómeno. Cabe destacar, que de las pocos programas

que se han realizado en el campo de la sexualidad, todos van dirigidos exclusivamente a mujeres, dejando de lado al colectivo masculino que es el predominante en los Centros Penitenciarios. También hay que hablar sobre la existencia de enfermedades de transmisión sexual en prisiones, que, en principio, en la prisión de Mallorca no se da, pero en otras Comunidades Autónomas sí.

Por otro lado, hay que hacer mención de la falta de protocolos o manuales de actuación por parte de las Instituciones Penitenciarias para sus profesionales y la falta de recursos que disponen para ello, además de invisibilizar este fenómeno hasta tal punto de que no hay existencia de investigaciones respecto a la sexualidad en Centros Penitenciarios en España.

Entonces con todo esto, la sexualidad utilitarista, la prostitución diríamos, las enfermedades de transmisión sexual dadas dentro de prisiones, falta de protocolos de actuaciones, etc., muestra una clara falta de participación y dejadez por parte de las Instituciones Penitenciarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buffum, W. E., y Kirkham, R. (1971). «Sexual behavior in a men's prison». *Journal of Sex Research, 7*(1), 12-18. https://doi.org/10.1080/00224497109550500

Cortes Generales (1978). «Artículo 9.2 de la Constitución española». *Constitución española, 7*. https://doi.org/Modificación:D:\BDB\SAS\28_reforma13.2.pdf

Eigenberg, H. M. (2000). «Correctional officers and their perceptions of homosexuality, rape, and prostitution in male prisons». *The Prison Journal, 80*(4), 415-433. https://doi.org/10.1177/0032885500080004007

Hensley, C., Struckman-Johnson, C., Eigenberg, H. M., y Struckman-Johnson, D. (2000). «A review of prison sex research». *The Prison Journal, 80*(4), 360-367. https://doi.org/10.1177/0032885500080004002

Interior, M., y General Técnica, S. (2010). *La prisión paso a paso* (p. 36). Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Paso_a_Paso_en_castellano.pdf

Merotte, L. (2012). «Sexuality in prison: Three investigation methods analysis». *Sexologies, 21*(3), 122-125. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.009

Ministerio de Justicia e Interior (1996). «Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario». *Boletín Oficial del Estado, 40*, 1-96. https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con

Musto, C., y Trajtenberg, N. (2011). «Prostitución y trabajo sexual en Uruguay». *Revista de Ciencias Sociales* (29), 139-156.

Observatorio del Entorno Penitenciario (2015). *Informe ROSEP*.

Orgánica, L., De, D., Penal, C., y Estado, J. (1995). *Código Penal Español. BOE-A-1995-25444-consolidado*, 1–203.

Portalatín, B. (2013, 22 de marzo). «Cuando las relaciones sexuales se dan dentro de la prisión». *El Mundo*. https://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/03/22/noticias/1363956980.html

Prisiones y Enfermedades Infecciosas (2000). *Informe técnico sobre salud penitenciaria*, 64-65.

Sanders, T., O'Neill, M., y Pitcher, J. (2009). *Prostitution: Sex work, policy and politics*. Sage Publications.

Shaw, C., y Butler, I. (1998). «Understanding young people and prostitution: A foundation for practice?». *British Journal of Social Work, 28*(2), 177-196. https://doi.org/10.1093/bjsw/28.2.177

Stillwell, C. (2002). *Prostitution: A reference handbook*. ABC-CLIO.

Struckman-Johnson, D., Bumby, K., Donaldson, S., Struckman-Johnson, C., y Rucker, L. (1996). «Sexual coercion reported by men and women in prison». *Journal of Sex Research, 33*(1), 67–76. https://doi.org/10.1080/00224499609551816

Vergil, W., y Fish, M. (1974). *Convicts, codes and contraband*. Allinger Publishing.

Weitzer, R. (2009). «Sociology of sex work». *Annual Review of Sociology, 35*, 213-234. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115944

TRABAJO SOCIAL ANTE LA CRISIS CLIMÁTICA: ANÁLISIS TEÓRICO DEL IMPACTO DEL CALOR EXTREMO EN LAS PERSONAS MAYORES

SOCIAL WORK FACING THE CLIMATE CRISIS: A THEORETICAL ANALYSIS OF THE IMPACT OF EXTREME HEAT ON OLDER ADULTS

Pablo De Gea-Grela
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales,
Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El Trabajo Social tiene un papel crucial ante la crisis climática, al evidenciar cómo sus efectos profundizan desigualdades sociales. Este artículo reflexiona teóricamente sobre el calor extremo en la vejez como un fenómeno social y estructural, más allá de su consideración biomédica. Desde el enfoque ecosocial, se reconceptualizan las olas de calor en la intersección entre desigualdades acumuladas, cambio climático y envejecimiento, y se señalan paralelismos con otros fenómenos sociales reinterpretados en clave estructural. Se argumenta que la vulnerabilidad de las personas mayores no depende solo de factores fisiológicos, sino también de condiciones materiales, territoriales y comunitarias. Finalmente, el artículo identifica vacíos teóricos y ofrece claves del enfoque ecosocial para el trabajo social gerontológico, subrayando la necesidad de marcos interdisciplinarios que integren justicia social y climática.

Palabras Clave: Cambio climático; personas mayores; calor extremo; trabajo social ecosocial; gerontología ambiental.

Abstract: Social Work plays a crucial role in addressing the climate crisis by highlighting how its effects deepen existing social inequalities. This article offers a theoretical reflection on extreme heat in old age as a social and structural phenomenon, beyond its usual biomedical framing. From an ecosocial perspective, heatwaves are reconceptualized at the intersection of accumulated inequalities, climate change, and aging, with parallels drawn to other social phenomena that have been reinterpreted through a structural lens. It is argued that the vulnerability of older adults to extreme heat depends not only on physiological factors but also on material, territorial, and community conditions. Finally, the article identifies theoretical gaps and provides insights from the ecosocial approach for gerontological social work, emphasizing the need for interdisciplinary frameworks that integrate social and climate justice.

Keywords: Climate change; older adults; extreme heat; ecosocial social work; environmental gerontology.

Referencia normalizada: De Gea-Grela, P. (2025). Trabajo Social Ante La Crisis Climática: Análisis teórico del Impacto del calor extremo en las personas mayores. *Trabajo Social Hoy 104*(1), págs. 135-151. Doi: 10.12960/TSH.2025.0018

Correspondencia: Pablo De Gea-Grela. *E-mail:* padegea@ucm.es. Campus de Somosaguas, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

1. INTRODUCCIÓN

El cambio climático se ha convertido en uno de los mayores desafíos globales de nuestro tiempo, con efectos que trascienden el ámbito ambiental para incidir de manera profunda en la salud, el bienestar y las dinámicas sociales (Otorkpa *et al*., 2024). Entre sus múltiples manifestaciones, el incremento de los fenómenos meteorológicos extremos constituye una de las evidencias más claras y preocupantes (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2021). En particular, las olas de calor se han intensificado en frecuencia, duración e intensidad en las últimas décadas, configurándose como una amenaza directa para la vida y la salud de millones de personas en todo el mundo (Culqui *et al*., 2023; Perkins *et al*., 2012). Este fenómeno no solo pone de relieve la crisis climática, sino también la manera en que las desigualdades sociales y económicas determinan la capacidad de los grupos humanos para enfrentar sus consecuencias (IPCC, 2022).

El impacto de las olas de calor en la salud pública ha sido ampliamente documentado, con episodios de mortalidad excesiva registrados en distintos contextos geográficos, especialmente en Europa y otras regiones con un rápido envejecimiento demográfico (Ballester *et al*., 2023; Schoetter *et al*., 2015). Sin embargo, no todas las personas experimentan estos episodios de igual manera (Meade *et al*., 2020). Factores como la edad, el género, las condiciones socioeconómicas, la situación habitacional o el lugar de residencia se entrelazan para producir vulnerabilidades diferenciadas (De Gea-Grela *et al*., 2024). Así, el calor extremo no puede ser comprendido únicamente como un fenómeno climático o sanitario, sino también como un proceso socialmente mediado que revela las tensiones entre el entorno físico, las estructuras sociales y las trayectorias vitales de quienes lo experimentan (Sánchez-González y Chávez, 2019).

Dentro de estos grupos, las personas mayores han sido identificadas como especialmente vulnerables ante el calor extremo (Meade *et al*., 2020). La explicación habitual se ha centrado en variables biomédicas, tales como la disminución de la capacidad de termorregulación, la presencia de comorbilidades crónicas o la polimedicación (McDermott-Levy *et al*., 2019). Si bien estas condiciones son relevantes, un análisis exclusivamente clínico resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Las condiciones materiales de la vivienda, la pobreza energética, la ausencia de redes de apoyo, el aislamiento social o la residencia en áreas rurales con menor dotación de recursos constituyen factores sociales y estructurales que amplifican los efectos del calor extremo, y particularmente en la vejez (De Gea-Grela *et al*., 2024; Molinsky y Forsyth, 2022). Por ello, la vulnerabilidad climática de las personas mayores debe entenderse como el resultado de la interacción entre lo biológico, lo social y lo ambiental, más que como una mera consecuencia de la edad cronológica (Sánchez-González y Chávez-Alvarado, 2016).

En este sentido, las olas de calor pueden ser conceptualizadas como un fenómeno multidimensional, donde se entrecruzan riesgos sanitarios con desigualdades sociales y territoriales (Montero *et al*., 2013). Esta aproximación exige superar miradas fragmentadas y avanzar hacia marcos analíticos capaces de integrar los múltiples niveles implicados en la experiencia del calor extremo (Heaviside *et al*., 2017). La gerontología ambiental ha contribuido a destacar el papel del entorno físico en la calidad de vida de las personas mayores, mientras que los enfoques de envejecimiento activo y resiliente han subrayado la capacidad de adaptación a contextos cambiantes (Sánchez-González y Chávez-Alvarado, 2016).

El trabajo social, en tanto disciplina comprometida con el análisis y la transformación de las condiciones sociales que generan desigualdad, constituye un campo privilegiado para abordar esta problemática (Castañeda-Meneses, 2024). Más allá de la intervención asistencial o comunitaria, el trabajo social dispone de marcos teóricos que permiten comprender cómo los fenómenos ambientales y climáticos se combinan con las estructuras sociales, produciendo formas específicas de vulnerabilidad (Castañeda-Meneses, 2024). En particular, la corriente ecosocial del trabajo social sitúa en el centro la interdependencia entre las personas y el ecosistema, reconociendo que los problemas sociales no pueden desligarse de los procesos ecológicos que los atraviesan (Dominelli, 2024). Este enfoque, al vincular justicia climática, equidad intergeneracional y sostenibilidad, abre la posibilidad de repensar la relación entre envejecimiento y calor extremo desde una perspectiva crítica y transformadora.

En consecuencia, este artículo tiene como objetivo reflexionar teóricamente sobre la afectación de las olas de calor en las personas mayores desde el enfoque ecosocial del trabajo social. Se pretende así reconceptualizar el calor extremo en la vejez como un fenómeno social y estructural, en el que las desigualdades sociales, económicas y territoriales desempeñan un papel determinante. De este modo, se busca ampliar el análisis más allá del paradigma biomédico, contribuyendo a un debate necesario en torno a la justicia climática y al papel del trabajo social en la protección y promoción del bienestar de las personas mayores en un escenario de crisis climática.

2. EL CALOR EXTREMO EN LA VEJEZ: COMPLEJIDAD DE UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL

Las olas de calor constituyen un fenómeno de gran complejidad en la vejez, no solo por los efectos directos sobre la salud, sino también por la interacción con factores sociales, emocionales y materiales que condicionan la experiencia del calor extremo (Chen y Delina, 2025). Si bien el discurso biomédico ha puesto el acento en la fragilidad fisiológica y en los riesgos clínicos asociados a la edad, resulta necesario ampliar la mirada para comprender cómo el calor se convierte en un evento que impacta simultáneamente en distintos planos de la vida de las personas mayores (Chen y Delina, 2025).

En primer lugar, el plano físico y sanitario ha sido el más estudiado en la literatura. Las personas mayores presentan una menor capacidad de termorregulación, una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como una mayor frecuencia de polimedicación, factores que incrementan la susceptibilidad al golpe de calor y a otras complicaciones médicas (Liss *et al*., 2017). Estos elementos explican, en parte, la elevada mortalidad registrada en este grupo de población durante episodios de calor extremo (Zagheni *et al*., 2015).

El plano emocional y psicológico es otra de las aristas fundamentales. El calor extremo puede generar ansiedad (ecoansiedad), angustia o sensación de indefensión, especialmente en personas mayores que viven solas o con redes de apoyo limitadas (Seritan, 2023). La persistencia de noches cálidas y la dificultad para conciliar el sueño agravan síntomas depresivos y aumentan el cansancio, contribuyendo a una experiencia de malestar sostenido (Seritan, 2023). Estos efectos emocionales, en ocasiones menos visibles, inciden en la calidad de vida y en la percepción subjetiva de vulnerabilidad frente al calor extremo (Arsad *et al*., 2022).

De manera estrechamente vinculada, el plano social y material condiciona en gran medida la exposición y la capacidad de respuesta ante el calor (Molinsky y Forsyth, 2022). Las características de la vivienda, la calidad del aislamiento térmico, el acceso a ventilación, climatización, refugios climáticos, y los recursos económicos para afrontar el coste energético son determinantes clave en la experiencia del calor extremo (Molinsky y Forsyth, 2022). La denominada pobreza energética sitúa a muchas personas mayores en un dilema cotidiano entre mantener la vivienda fresca o hacer frente a facturas inasumibles (Esfandi *et al*., 2024). Asimismo, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo comunitario incrementan el riesgo al reducir la capacidad de activar mecanismos de ayuda mutua o acudir a recursos de emergencia (Hasan *et al*., 2021).

Por último, debe considerarse el plano territorial y estructural, que introduce desigualdades adicionales. La residencia en áreas rurales, por ejemplo, puede implicar menor acceso a servicios sociosanitarios, infraestructuras menos adaptadas y mayores dificultades de movilidad (De Gea-Grela *et al*., 2024). Estas condiciones, sumadas al envejecimiento demográfico rural, configuran un escenario en el que las personas mayores quedan expuestas de manera desproporcionada a los efectos del calor extremo (Osadolor *et al*., 2022). Del mismo modo, las políticas urbanas y ambientales inciden en la capacidad de los territorios para amortiguar los efectos del calor, ya sea a través de la presencia de zonas verdes, el diseño urbano o la planificación de servicios sociales (Sánchez-González y Osorio-Arjona, 2025).

3. MARCOS TEÓRICOS PREVIOS PARA EL ANÁLISIS DEL CALOR EXTREMO Y EL ENVEJECIMIENTO

El análisis de la relación entre envejecimiento y fenómenos ambientales adversos se ha nutrido de distintos marcos teóricos que, aunque formulados en contextos diversos, ofrecen herramientas conceptuales útiles para abordar el calor extremo. Al respecto, conviene destacar que ninguno de ellos resulta por sí solo suficiente, pero todos aportan dimensiones que ayudan a comprender la complejidad del problema y a situar la vulnerabilidad de las personas mayores en un entramado más amplio de factores sociales, ambientales y estructurales.

La gerontología ambiental ha sido una de las corrientes más influyentes en este campo. Su principal aportación reside en subrayar que el envejecimiento no puede entenderse únicamente como un proceso biológico, sino como una experiencia en continua interacción con el entorno físico y social (Haq y Gutman, 2014). Así, conceptos como envejecimiento en el lugar, percepción del riesgo, fragilidad térmica, la adecuación entre capacidades individuales y exigencias del entorno, o el papel del diseño urbano y habitacional, han permitido visibilizar la relevancia de los espacios cotidianos en la vida de las personas mayores (Buffel *et al*., 2012; Lopez-Bueno *et al*., 2021). En relación con el calor extremo, esta perspectiva pone de manifiesto cómo el aislamiento térmico de la vivienda, la presencia de zonas verdes o el acceso a infraestructuras comunitarias pueden marcar la diferencia entre un entorno protector y uno que incrementa el riesgo (Sánchez-González y Chávez-Alvarado, 2016). De este modo, la gerontología ambiental abre un campo de análisis que va más allá del individuo para situar en el centro la interacción persona-ambiente.

En paralelo, el paradigma del envejecimiento activo ha introducido un enfoque orientado a la promoción de la salud, la participación social, la formación y la seguridad a lo largo de la vejez (World Health Organization [WHO], 2002). Este marco ha tenido una gran influencia en políticas y programas dirigidos a la población mayor, destacando la importancia de mantener estilos

de vida saludables, redes de apoyo y participación comunitaria (Komp-Leukkunen y Formosa, 2024). No obstante, su aplicación al análisis del calor extremo es más indirecta. Al respecto, la noción de resiliencia asociada al envejecimiento activo cobra especial relevancia, en tanto que se centra en la capacidad de las personas mayores para adaptarse a contextos cambiantes y afrontar situaciones de crisis (Haq, 2017). Así, aunque el paradigma no se formuló originalmente en clave climática, sus categorías permiten explorar cómo las personas mayores desarrollan estrategias individuales y colectivas para hacer frente a episodios de calor, aun cuando tales estrategias se vean limitadas por condicionantes estructurales.

Un tercer aporte procede de los enfoques sobre vulnerabilidad social. Frente a perspectivas centradas exclusivamente en los riesgos físicos, este marco teórico subraya que la exposición a un fenómeno ambiental no se traduce automáticamente en impacto, sino que este depende de la capacidad diferencial de afrontamiento de individuos y comunidades (Tierney, 2022). Así, factores como el nivel de ingresos, la calidad de la vivienda, el acceso a servicios sociosanitarios o la fortaleza de las redes de apoyo configuran escenarios de vulnerabilidad desiguales (Journeay *et al*., 2022). En el caso de las personas mayores, estos factores se entrelazan con el proceso de envejecimiento, produciendo situaciones en las que el calor extremo agrava desigualdades ya existentes.

Por otra parte, es pertinente mencionar la aportación de las perspectivas críticas del envejecimiento, que cuestionan visiones homogéneas y universalistas de la vejez. Estas corrientes ponen en evidencia cómo la edad interactúa con otros ejes de desigualdad, género, clase, etnicidad o territorio, configurando experiencias heterogéneas del envejecimiento (Yusta-Tirado *et al*., 2024). Así, el calor extremo no impacta del mismo modo en una mujer mayor con bajos ingresos que en un varón con vivienda climatizada en un barrio urbano con amplios recursos. La mirada interseccional, aplicada al análisis del clima, permite entender que la vulnerabilidad de las personas mayores no es un rasgo inherente de la edad, sino el resultado de múltiples determinaciones sociales.

De forma paralela, como se señala anteriormente, el predominio del paradigma biomédico en la interpretación del calor extremo en la vejez ha conducido a lecturas parciales. Así, los enfoques individualistas han insistido en la adopción de conductas protectoras frente al calor, como hidratarse, permanecer en lugares frescos o evitar la exposición al exterior, sin considerar que estas recomendaciones se apoyan en supuestos de acceso universal a recursos que no siempre se cumplen (Palinkas *et al*., 2022). El énfasis en la responsabilidad individual invisibiliza las desigualdades derivadas de la pobreza energética, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de redes de apoyo o la capacidad económica para asumir costes energéticos elevados (Li *et al*., 2024). Estas limitaciones muestran que la vulnerabilidad climática en la vejez no puede entenderse como un mero problema médico ni como un déficit adaptativo individual.

Así, a pesar de los avances conceptuales y de la creciente atención que recibe la relación entre calor extremo y envejecimiento, la literatura presenta lagunas significativas que limitan la comprensión integral del fenómeno. En primer lugar, existe una marcada concentración geográfica de investigaciones en países de ingresos altos, con un énfasis particular en Europa y Norteamérica, lo que deja subrepresentadas las experiencias de personas mayores en regiones del Sur Global, donde la vulnerabilidad climática es mayor y los sistemas de protección social más frágiles (Rodríguez-Rodríguez y Sánchez-González, 2016). Asimismo, persisten vacíos metodológicos, con

predominio de estudios cuantitativos centrados en mortalidad y morbilidad, y escasa integración de métodos cualitativos que den cuenta de las vivencias situadas y las estrategias comunitarias de adaptación (Rodríguez-Rodríguez y Sánchez-González, 2016). Otro aspecto poco explorado es la interacción entre desigualdades interseccionales, género, clase, etnicidad y ruralidad, y la exposición al calor, así como el papel de las políticas públicas en contextos de desigualdad territorial (Zhang y Chen, 2024). Abordar estas lagunas es esencial para construir marcos analíticos más inclusivos y diseñar respuestas adaptativas que no reproduzcan inequidades existentes.

4. EL TRABAJO SOCIAL ECOSOCIAL COMO MARCO ANALÍTICO

El trabajo social se ha caracterizado históricamente por situar en el centro de su reflexión las interacciones entre las personas y su entorno, entendiendo la vulnerabilidad no como un rasgo individual, sino como el resultado de condiciones sociales, económicas y culturales (Wang y Altanbulag, 2022). En las últimas décadas, esta perspectiva se ha ampliado con el desarrollo del enfoque ecosocial, que introduce explícitamente la relación entre las sociedades humanas y los sistemas ecológicos, reconociendo que los problemas sociales no pueden desligarse de los procesos ambientales en los que se producen (Rambaree *et al*., 2019).

El origen del trabajo social ecosocial se vincula con corrientes críticas que cuestionan la visión fragmentada del bienestar, limitada a la esfera individual o familiar, y reivindican una concepción integral que incorpore las dimensiones ecológicas y territoriales (Belchior-Rocha, 2018). Al respecto, este enfoque parte de la premisa de que las crisis climáticas y ambientales no son meramente fenómenos naturales, sino expresiones de estructuras económicas, políticas y sociales que generan desigualdad y deterioro ambiental (Belchior-Rocha, 2018). Así, la justicia social y la justicia ambiental aparecen como dimensiones inseparables, lo que convierte al trabajo social ecosocial en un marco idóneo para analizar la vulnerabilidad de las personas mayores ante el calor extremo (Khanal y Dangal, 2022).

Este enfoque incorpora principios clave como la interdependencia entre las personas y el medio ambiente, la equidad intergeneracional en el acceso a los recursos y la necesidad de garantizar la sostenibilidad de los entornos vitales (Närhi y Matthies, 2016). De este modo, desplaza la mirada desde la responsabilidad individual hacia la responsabilidad colectiva y estructural, reconociendo que las condiciones materiales, las políticas públicas y la organización social determinan en gran medida la exposición y la capacidad de respuesta ante los riesgos climáticos.

Aplicado al análisis del calor extremo en la vejez, el trabajo social ecosocial permite visibilizar que la vulnerabilidad de las personas mayores no se limita a la fragilidad biológica, sino que está estrechamente vinculada a factores estructurales como la pobreza energética, la desigualdad territorial o la falta de infraestructuras comunitarias adaptadas (Strough *et al*., 2024). Así, este enfoque facilita comprender por qué determinadas personas mayores, en función de su clase social, género o lugar de residencia, enfrentan de manera más severa los efectos de las olas de calor, y por qué las respuestas centradas únicamente en la clínica o en la conducta individual resultan insuficientes (Beltran *et al*., 2022).

De este modo, el trabajo social ecosocial se configura como un marco analítico capaz de articular los aportes de la gerontología ambiental, el envejecimiento activo, la resiliencia y la vulnerabilidad social, integrándolos en una visión crítica que sitúa al calor extremo como un fenómeno social

y estructural (Dabelko-Schoeny *et al*., 2024; Dominelli, 2024; Powers *et al*., 2019). Esta mirada permite, además, abrir un espacio para repensar la práctica profesional del trabajo social en un escenario de emergencia climática, vinculando la protección de las personas mayores con la transformación de las condiciones sociales y ambientales que generan su vulnerabilidad.

5. RECONCEPTUALIZANDO EL CALOR EXTREMO EN LA VEJEZ: HACIA UNA LECTURA ESTRUCTURAL

5.1. Paralelismos con otros fenómenos sociales

La reconceptualización del calor extremo en clave estructural se enriquece al establecer paralelismos con otros fenómenos que también transitaron desde interpretaciones individualizadas hacia marcos colectivos. La soledad, por ejemplo, fue durante décadas entendida como una experiencia íntima, psicológica o emocional (Stein y Tuval-Mashiach, 2015). No obstante, recientes enfoques críticos la han resignificado como un fenómeno estructural, producto de transformaciones sociales, del debilitamiento de redes comunitarias y de desigualdades acumuladas (Fernández-Roses *et al*., 2024; Sánchez-Moreno *et al*., 2025). De manera análoga, el calor extremo no se limita a ser una amenaza sanitaria, sino que refleja condiciones sociales y políticas que determinan quiénes sufren más intensamente sus efectos.

La pobreza energética constituye otro caso ilustrativo. Inicialmente concebida como un problema privado de ciertos hogares, ha sido reinterpretada como consecuencia de marcos regulatorios, dinámicas de mercado y desigualdades en el acceso a recursos (Sampaio y Prolo, 2024). Esta transformación analítica revela que mantener una vivienda en condiciones térmicas seguras depende de factores estructurales, no solo de decisiones individuales (Hamstead, 2023; Wijesuriya *et al*., 2024). En paralelo, el calor extremo en la vejez no puede comprenderse sin considerar la capacidad, o imposibilidad, de las personas mayores para acceder a recursos energéticos, servicios urbanos adecuados y viviendas adaptadas.

La experiencia de la dependencia en la vejez refuerza esta comparación. Considerada durante mucho tiempo como un asunto doméstico y privado, fue posteriormente reconocida como un fenómeno estructural relacionado con la organización social de los cuidados y con la división sexual del trabajo (Timonen y Lolich, 2020). De manera similar, el calor extremo interpela no solo a los individuos, sino a los sistemas de cuidados, a las políticas sociales y a las comunidades, en tanto espacios que distribuyen de forma desigual protección y riesgo (Smith-Carrier y MacArthur, 2024).

Estos paralelismos muestran que el calor extremo debe ser comprendido como un fenómeno estructural. No se trata de una amenaza climática que impacta de manera lineal sobre todas las personas mayores, sino de un proceso socialmente mediado que refleja la forma en que las sociedades organizan sus recursos, sus entornos y sus relaciones de cuidado.

5.2. Desigualdades estructurales e interseccionalidad

La lectura estructural del calor extremo en la vejez obliga a situar en primer plano las desigualdades sociales que lo configuran. El edadismo tiende a invisibilizar a las personas mayores en las agendas climáticas, reduciendo su rol a la categoría de población vulnerable y omitiendo sus

capacidades de agencia (Ayalon y Pillemer, 2023). Las desigualdades de género, por su parte, se expresan en la feminización de la vejez y en la precariedad económica de muchas mujeres mayores, lo que incrementa su exposición a la pobreza energética y a condiciones habitacionales inadecuadas (Núñez-Peiró *et al*., 2019). La ruralidad combina aislamiento territorial con una menor disponibilidad de servicios sanitarios y sociales, mientras que en el ámbito urbano fenómenos como la isla de calor agravan la exposición térmica (De Gea-Grela, 2024).

El enfoque de la interseccionalidad permite captar cómo estas desigualdades no actúan de manera aislada, sino que se entrecruzan produciendo formas múltiples y específicas de vulnerabilidad (Ayalon y Pillemer, 2023; Djoudi *et al*., 2016). Por ende, el calor extremo funciona como un catalizador de desigualdades preexistentes, amplificando brechas sociales y revelando la necesidad de marcos analíticos que reconozcan esta complejidad.

6. CONCEPTOS CLAVE PARA EL ANÁLISIS DEL CAMBIO CLIMÁTICO Y EL CALOR EXTREMO EN LA VEJEZ

A partir del recorrido teórico desarrollado, resulta pertinente organizar los principales conceptos que enmarcan la relación entre cambio climático y calor extremo, envejecimiento y trabajo social ecosocial. Esta síntesis no pretende ser exhaustiva, sino destacar aquellos ejes que permiten comprender el fenómeno en su complejidad multidimensional. La Tabla 1 resume los conceptos clave, su definición y la relevancia que adquieren para interpretar la vulnerabilidad climática de las personas mayores.

Tabla 1. Conceptos clave para el análisis del cambio climático y calor extremo en la vejez

CONCEPTO	DEFINICIÓN/ENFOQUE	RELEVANCIA PARA EL ANÁLISIS CLIMÁTICO EN LAS PERSONAS MAYORES
Calor extremo	Fenómeno meteorológico caracterizado por temperaturas anómalamente elevadas y sostenidas.	Amenaza directa para la salud, el bienestar, y la vida, con efectos desiguales según edad, género, territorio y condiciones socioeconómicas.
Vulnerabilidad climática	Grado en que un grupo social está expuesto y tiene limitada capacidad de respuesta frente a riesgos climáticos.	Explica por qué las personas mayores sufren impactos diferenciados ante olas de calor.
Pobreza energética	Incapacidad de mantener la vivienda en condiciones térmicas seguras por falta de recursos económicos.	Factor estructural que amplifica el riesgo en personas mayores con bajos ingresos y viviendas mal adaptadas.
Gerontología ambiental	Enfoque que subraya la interacción entre envejecimiento y entorno físico/social.	Resalta el rol de la vivienda, el urbanismo y los servicios comunitarios en la protección o exposición al calor.

Interseccionalidad	Perspectiva que analiza cómo género, clase, etnicidad, edad y territorio interactúan.	Explica la diversidad de experiencias del calor extremo en la vejez, mostrando vulnerabilidades múltiples y no homogéneas.
Trabajo social ecosocial	Corriente que integra justicia social y ambiental, subrayando la interdependencia entre personas y ecosistemas.	Proporciona un marco crítico para comprender el calor extremo como fenómeno social y estructural y orientar la acción profesional.
Justicia ambiental	Principio ético y político que busca una distribución equitativa de riesgos y recursos frente a la crisis climática.	Reivindica el derecho a un envejecimiento digno y protegido en contextos de calentamiento global

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura revisada.

7. DISCUSIÓN CRÍTICA: APORTES Y TENSIONES DEL MARCO ECOSOCIAL EN EL TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO

La reconceptualización del calor extremo en la vejez como fenómeno social y estructural abre un campo fértil para el trabajo social gerontológico. Al situar el calor en la intersección entre lo ambiental y lo social, se trascienden los marcos biomédicos convencionales y se revela la necesidad de entenderlo en relación con desigualdades sociales acumuladas y con dinámicas de organización territorial y comunitaria (Sánchez-González y Chávez, 2019). De esta manera, el calor extremo puede ser interpretado como una expresión de la injusticia climática, donde ciertos grupos, como las personas mayores se ven más expuestos y con menor capacidad de respuesta (Meade *et al*., 2020). La perspectiva ecosocial, en este sentido, no solo ofrece una nueva forma de leer el problema, sino que también sitúa en el centro del debate el derecho a un envejecimiento digno en tiempos de crisis climática.

Al respecto, este enfoque permite repensar el rol del trabajo social en distintos planos. En el nivel micro, las intervenciones individuales y familiares adquieren un nuevo sentido al reconocer que las estrategias de afrontamiento frente al calor no son únicamente conductuales, sino que dependen de la disponibilidad material de recursos y de la pertenencia a redes sociales (Navarrete-Valladares y Sandoval, 2024). En el nivel meso, la intervención comunitaria se refuerza al comprender que las comunidades locales, y en particular las rurales, no son meros escenarios pasivos de riesgo, sino espacios con capacidad de generar resiliencia, solidaridades vecinales y respuestas colectivas (Navarrete-Valladares y Sandoval, 2024). Finalmente, en el nivel macro, el trabajo social está llamado a incidir en políticas energéticas, urbanísticas y sociales que aborden de manera estructural las desigualdades climáticas (Smith, 2022). Así, el enfoque ecosocial amplía el horizonte profesional, situando al trabajo social no solo como gestor de necesidades inmediatas, sino como agente transformador en procesos de justicia ambiental y social.

Este giro implica también una profunda relectura del envejecimiento. Entender el calor extremo dentro del marco del cambio climático obliga a concebir la vejez como una experiencia atravesa-

da por condicionantes climáticos, materiales y sociales (Ayalon y Pillemer, 2023). En este sentido, categorías clásicas de la gerontología como autonomía, cuidado o calidad de vida requieren ser reinterpretadas en un contexto en el que los impactos ambientales forman parte constitutiva de las condiciones de vida.

Sin embargo, esta reconceptualización plantea también tensiones relevantes. Una de ellas tiene que ver con los límites históricos de la disciplina. El trabajo social ha estado fuertemente vinculado a la atención directa, centrada en el acompañamiento cotidiano de personas y familias (Mónico *et al*., 2025). Por ello, incorporar la dimensión climática exige reformular herramientas de intervención y ampliar el marco analítico hacia fenómenos globales que, aunque se manifiestan localmente, tienen causas estructurales de carácter económico, político y ambiental. Así, el desafío radica en articular la atención inmediata de las emergencias derivadas de las olas de calor con estrategias a largo plazo que incluyan la lucha contra la pobreza energética, la adaptación habitacional y el diseño de entornos resilientes (Holbrook *et al*., 2019).

Otra tensión se encuentra en el riesgo de reproducir narrativas de fragilidad. El discurso institucional tiende a representar a las personas mayores como un grupo homogéneamente vulnerable, lo que invisibiliza sus capacidades de agencia y adaptación (Perry *et al*., 2014). Al respecto, el marco ecosocial abre la posibilidad de equilibrar la vulnerabilidad con la agencia reconociendo que existen limitaciones materiales y estructurales, pero también saberes, experiencias y recursos comunitarios que las personas mayores movilizan activamente frente al calor (Närhi y Matthies, 2016). Así, el trabajo social puede desempeñar un papel clave en visibilizar estas prácticas adaptativas, al tiempo que lucha contra las imágenes paternalistas que reducen a la vejez a un estado pasivo de riesgo.

De igual forma, la adopción de este enfoque interpela a las propias bases epistemológicas del trabajo social. La emergencia climática obliga a replantear que lo social y lo ambiental son dimensiones indisociables de la vida cotidiana y de la intervención profesional. Incorporar la dimensión ecosocial implica, por tanto, un cambio epistemológico, ya no se trata de intervenir en «lo social» aislado de su contexto material, sino de pensar la práctica profesional en la intersección con los sistemas ecológicos, energéticos y territoriales que sostienen la vida (Nagoshi *et al*., 2025).

Este desplazamiento abre también la puerta a alianzas interdisciplinares. La gerontología ambiental y los estudios de justicia climática aportan marcos conceptuales que enriquecen la comprensión del calor extremo en la vejez (Zhang y Chen, 2024). Del mismo modo, el trabajo social puede ofrecer categorías analíticas y prácticas que dialoguen con estas disciplinas, aportando una mirada centrada en la vida cotidiana, en la organización de los cuidados y en la construcción de resiliencia comunitaria (Nagoshi *et al*., 2025). El reto es avanzar hacia un diálogo interdisciplinar que permita construir marcos integradores, donde el calor extremo sea comprendido como un fenómeno biopsicosocial y ambiental.

En este sentido, el trabajo social gerontológico enfrenta un conjunto de retos ineludibles. Entre ellos, la necesidad de diseñar investigaciones interdisciplinares que combinen métodos cuantitativos y cualitativos, capaces de captar tanto las condiciones estructurales como las experiencias situadas de las personas mayores; la urgencia de generar evidencias que informen políticas públicas de adaptación al calor desde una perspectiva de justicia climática; y el desafío de ampliar su campo de acción desde la atención inmediata hacia la incidencia política, la planificación social y

la transformación estructural. Se trata, en definitiva, de un horizonte que exige creatividad teórica, innovación metodológica y compromiso ético con la defensa de los derechos de las personas mayores en un mundo cada vez más condicionado por el clima.

8. CONCLUSIONES

La reflexión desarrollada a lo largo de este artículo muestra que el calor extremo en la vejez no puede ser reducido a un riesgo biomédico ni a un problema de conductas adaptativas individuales, sino que constituye un fenómeno social y estructural inscrito en las dinámicas más amplias de la crisis climática. Situar esta problemática en el centro del trabajo social gerontológico supone un giro epistemológico y político, pasar de entender a las personas mayores como cuerpos frágiles ante el calor a reconocerlas como sujetos atravesados por determinantes ambientales, sociales y económicos que condicionan sus posibilidades de vida y de cuidado.

Este desplazamiento abre un horizonte de proyecciones múltiples. En el plano analítico, la incorporación de la perspectiva ecosocial permite construir nuevas categorías para comprender la interdependencia entre envejecimiento, desigualdad y crisis climática, generando un campo fértil para el diálogo entre la gerontología, los estudios de justicia ambiental y el trabajo social. En el plano investigativo, se requiere avanzar hacia diseños interdisciplinares que combinen mediciones de riesgo epidemiológico con análisis cualitativos de la experiencia cotidiana, capaces de captar la heterogeneidad de la vejez y las formas situadas de afrontar el calor. En el plano profesional, el trabajo social se encuentra ante el desafío de articular la respuesta inmediata a las emergencias con la construcción de políticas estructurales que garanticen viviendas adaptadas, entornos comunitarios resilientes y sistemas de protección social sensibles a las desigualdades climáticas.

Al respecto, se vislumbra una agenda futura que incluye la necesidad de repensar la noción misma de envejecimiento digno en tiempos de cambio climático. Ello implica reconocer que la justicia climática es inseparable de la justicia social, y que el derecho a envejecer en condiciones de dignidad pasa por garantizar acceso equitativo a recursos energéticos, viviendas seguras, entornos saludables y redes comunitarias sólidas. Así, el trabajo social gerontológico no solo debe responder a los efectos inmediatos del calor, sino también contribuir a transformar las estructuras que generan vulnerabilidad, asumiendo un papel activo en la construcción de sociedades más justas y sostenibles.

Detalles de financiación: este trabajo fue financiado por Banco Santander y la Universidad Complutense de Madrid (España).

Declaración de conflicto de intereses: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arsad, F., Hod, R., Ahmad, N., Ismail, R., Mohamed, N., Baharom, M., y Tangang, F. (2022). The impact of heatwaves on mortality and morbidity and the associated vulnerability factors: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(23), 16356. https://doi.org/10.3390/ijerph192316356

Ayalon, L., y Pillemer, K. (2023). Climate change and aging: From vulnerability to action. *Innovation in Aging, 7*(Suppl. 1), 152. https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0497

Ballester, J., Quijal-Zamorano, M., Méndez Turrubiates, R. F., Pegenaute, F., Herrmann, F. R., Robine, J. M., Basagaña, X., Tonne, C., Antó, J. M., y Achebak, H. (2023). Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022. *Nature medicine*, *29*(7), 1857-1866. https://doi.org/10.1038/s41591-023-02419-z

Belchior-Rocha, H. (2018). Social Work Practices and the Ecological Sustainability of Socially Vulnerable Communities. *Sustainability*, *10*(5), 1312. https://doi.org/10.3390/su10051312

Beltran, S. J., Luigi, P., Kusmaul, N., y Leon, M. (2022). Rising above the Flood: A Systematic Review of Gerontological Social Work in Disaster Preparedness and Response. *Journal of gerontological social work*, *65*(5), 545-561. https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1986764

Buffel, T., Phillipson, C., y Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing "age-friendly" cities. *Critical Social Policy*, *32*(4), 597-617. https://doi.org/10.1177/0261018311430457

Castañeda-Meneses, P. L. (2024). Trabajo Social Ambiental en Chile. Avanzando hacia un Green Social Work. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social* (38), e20413497. https://doi.org/10.25100/prts.v0i38.13497

Chen, J., y Delina, L. L. (2025). Understanding the impacts of extreme heat on the mental well-being of older adults: A systematic review. *Environmental Research Communications, 7*(1), 012002. https://doi.org/10.1088/2515-7620/ada735

Culqui, D. R., Díaz, J., Simón, F., y Linares, C. (2013). Análisis del impacto de las olas de calor sobre la mortalidad de la ciudad de Madrid durante el período 1990-2009 [Impact of the effects of heat waves on mortality in the city of Madrid, Spain during the period 1990-2009]. *Revista Española de Salud Pública*, *87*(3), 277-282. https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000300007

Dabelko-Schoeny, H., Dabelko, G. D., Rao, S., Damico, M., Doherty, F. C., Traver, A. C., y Sheldon, M. (2024). Age-friendly and climate resilient communities: A grey–green alliance. *The Gerontologist, 64*(3), gnad137. https://doi.org/10.1093/geront/gnad137

De Gea-Grela, P., Sánchez-González, D., y Gallardo-Peralta, L. P. (2024). Urban and Rural Environments and Their Implications for Older Adults' Adaptation to Heat Waves: A Systematic Review. *Land*, *13*(9), 1378. https://doi.org/10.3390/land13091378

Djoudi, H., Locatelli, B., Vaast, C., Asher, K., Brockhaus, M., y Sijapati, B. B. (2016). Beyond dichotomies: Gender and intersecting inequalities in climate change studies. *Ambio, 45*(suppl. 3), 248-262. https://doi.org/10.1007/s13280-016-0825-2

Dominelli, L. (2024). Climate change from a green social work perspective: responding to a constantly evolving crisis challenging social work practice, en Wilken, J., Parpan-Blaser, A., Prosser, S., Van der Pas, S., y Jansen, E. (ed.), *Social Work and Social Innovation: Emerging Trends and Challenges for Practice, Policy and Education in Europe* (pp. 193-207). Policy Press. https://doi.org/10.56687/9781447369356-018

Esfandi, S., Tayebi, S., Byrne, J., Taminiau, J., Giyahchi, G., y Alavi, S. A. (2024). Smart Cities and Urban Energy Planning: An Advanced Review of Promises and Challenges. *Smart Cities*, *7*(1), 414-444. https://doi.org/10.3390/smartcities7010016

Fernández-Roses, D., García-Aguña, S., y De Gea, P. (2024). La soledad como fenómeno social y estructural: Una reflexión crítica desde la interseccionalidad. *Trabajo Social Hoy,* 102, 7-20. https://doi.org/10.12960/TSH.2024.0007

Haq, G. (2017). Growing old in a changing climate. *Public Policy & Aging Report, 27*(1), 8-12. https://doi.org/10.1093/ppar/prw027

Haq, G., y Gutman, G. (2014). Climate gerontology. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47*, 462-467. https://doi.org/10.1007/s00391-014-0677-y

Hamstead, Z. A. (2023). Thermal insecurity: Violence of heat and cold in the urban climate refuge. *Urban Studies*, *61*(3), 531-548. https://doi.org/10.1177/00420980231184466

Hasan, F., Marsia, S., Patel, K., Agrawal, P., y Razzak, J. A. (2021). Effective Community-Based Interventions for the Prevention and Management of Heat-Related Illnesses: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(16), 8362. https://doi.org/10.3390/ijerph18168362

Heaviside, C., Macintyre, H., y Vardoulakis, S. (2017). The urban heat island: Implications for health in a changing environment. *Current Environmental Health Reports, 4*(3), 296-305. https://doi.org/10.1007/s40572-017-0150-3

Holbrook, A. M., Akbar, G., y Eastwood, J. (2019). Meeting the challenge of human-induced climate change: reshaping social work education. *Social Work Education*, *38*(8), 955-967. https://doi.org/10.1080/02615479.2019.1597040

Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC]. (2021). *Climate change 2021: The physical science basis. Working Group I contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press.

— (2022). *Climate change 2022: Impacts, adaptation, and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press.

Journeay, J. M., Yip, J. Z. K., Wagner, C. L., LeSueur, P., y Hobbs, T. E. (2022). *Social vulnerability to natural hazards in Canada*. Natural Resources Canada. https://doi.org/10.4095/330295

Khanal, D., y Dangal, M. R. (2022). Environmental Social Work: Mitigating the Impact of Environmental Crises on Older People Living in Disaster Prone Areas in Nepal. *Bodhi: An Interdisciplinary Journal*, *8*(1), 1-16. https://doi.org/10.3126/bodhi.v8i1.46452

Komp-Leukkunen, K., y Formosa, M. (2024). Chapter 6: Shifts in social policies for old age: towards a life course approach of active ageing? *A Research Agenda for Ageing and Social Policy*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781802208139.00015

Li, J., Sun, R., Li, J., Ma, Y., Zhang, M., y Chen, L. (2024). Human extreme heat protective behaviours: The effects of physical risks, psychological perception, and public measures. *Humanities and Social Sciences Communications, 11,* 327. https://doi.org/10.1057/s41599-024-02790-3

Liss, A., Wu, R., Chui, K. K. H., y Naumova, E. N. (2017). Heat-related hospitalizations in older adults: An amplified effect of the first seasonal heatwave. *Scientific Reports, 7,* 39581. https://doi.org/10.1038/srep39581

Lopez-Bueno, J. A., Navas-Martín, M. A., Linares, C., Mirón, I. J., Luna, M. Y., Sánchez-Martínez, G., Culqui, D., y Díaz, J. (2021). Analysis of the impact of heat waves on daily mortality in urban and rural areas in Madrid. *Environmental Research, 195*, 110892. https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110892

McDermott-Levy, R., Kolanowski, A. M., Fick, D. M., y Mann, M. E. (2019). Addressing the Health Risks of Climate Change in Older Adults. *Journal of gerontological nursing*, *45*(11), 21-29. https://doi.org/10.3928/00989134-20191011-04

Meade, R. D., Akerman, A. P., Notley, S. R., McGinn, R., Poirier, P., Gosselin, P., y Kenny, G. P. (2020). Physiological factors characterizing heat-vulnerable older adults: A narrative review. *Environment International, 144,* 105909. https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105909

Molinsky, J., y Forsyth, A. (2022). Climate Change, Aging, and Well-being: How Residential Setting Matters. *Housing Policy Debate*, *33*(5), 1029-1054. https://doi.org/10.1080/10511482.2022.2109711

Mónico, C., Salehin, M., Tadese, H., y Cook, K. (2025). Climate Change, Human Displacement, and Social Work Practice. *Encyclopedia of Social Work*. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1687

Montero, J. C., Mirón, I. J., Criado, J. J., Linares, C., y Díaz, J. (2013). Difficulties of defining the term, «heat wave», in public health. *International journal of environmental health research*, *23*(5), 377-379. https://doi.org/10.1080/09603123.2012.733941

Nagoshi, J. L., Pillai, V. K., y Salehin, M. A. (2025). Evolving Roles for International Social Work in Addressing Climate Change. *Social Sciences*, *14*(1), 35. https://doi.org/10.3390/socsci14010035

Närhi, K., y Matthies, A.-L. (2016). The ecosocial approach in social work as a framework for structural social work. *International Social Work*, *61*(4), 490-502. https://doi.org/10.1177/0020872816644663

Navarrete-Valladares, C. P., y Sandoval, J. (2024). Vulnerability and Adaptive Skills of older People in the Face of Climate Change: a Systematic Review. *Interamerican Journal of Psychology*, *58*(2), e1840. https://doi.org/10.30849/ripijp.v58i2.1840

Núñez-Peiró, M., Sánchez-Guevara Sánchez, C., Sanz-Fernández, A., Gayoso-Heredia, M., López-Bueno, J. A., Neila González, F. J., Linares, C., Díaz, J., y Gómez-Muñoz, G. (2021). Exposure and vulnerability toward summer energy poverty in the city of Madrid: A gender perspective, en A. Bisello, D. Vettorato, H. Haarstad, y J. Borsboom-van Beurden (eds.), *Smart and sustainable planning for cities and regions. SSPCR 2019. Green energy and technology* (pp. 481-495). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57332-4_34

Osadolor, O. O., Osadolor, A. J., Enabulele, E., Akaji, E. A., y Odiowaya, D. E. (2022). Access to health services and health inequalities in remote and rural areas. *Janaki Medical College Journal of Medical Science*, *10*(2), 70-74. https://doi.org/10.3126/jmcjms.v10i2.47868

Otorkpa, O. J., Emmanuel, S., Obuye, F., y Otorkpa, C. O. (2024). Impact of Climate Change on Global Health: A Comprehensive Review. *International Journal of Environment and Climate Change*, *14*(5), 342-351. https://doi.org/10.9734/ijecc/2024/v14i54194

Palinkas, L. A., Hurlburt, M. S., Fernández, C., De León, J., Yu, K., Salinas, E., García, E., Johnston, J., Rahman, M. M., Silva, S. J., y McConnell, R. S. (2022). Vulnerable, Resilient, or Both? A Qualitative Study of Adaptation Resources and Behaviors to Heat Waves and Health Outcomes of Low-Income Residents of Urban Heat Islands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 11090. https://doi.org/10.3390/ijerph191711090

Perkins, S. E., Alexander, L. V., y Nairn, J. R. (2012). Increasing frequency, intensity and duration of observed global heatwaves and warm spells. *Geophysical Research Letters, 39*(20), L20714. https://doi.org/10.1029/2012GL053361

Perry, T. E., Andersen, T. C., y Kaplan, D. B. (2014). Relocation remembered: Perspectives on senior transitions in the living environment. *The Gerontologist, 54*(1), 75-81. https://doi.org/10.1093/geront/gnt070

Powers, M., Schmitz, C., y Beckwith Moritz, M. (2019). Preparing social workers for ecosocial work practice and community building. *Journal of Community Practice*, *27*(3-4), 446-459. https://doi.org/10.1080/10705422.2019.1657217

Rambaree, K., Powers, M. C. F., y Smith, R. J. (2019). Ecosocial work and social change in community practice. *Journal of Community Practice*, *27*(3-4), 205–212. https://doi.org/10.1080/10705422.2019.1660516

Sampaio, R. J. S., y Prolo, C. D. (2024). Chapter 14: Energy justice to address energy poverty, en *The Elgar Companion to Energy and Sustainability*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781035307494.00023

Rodríguez-Rodríguez, V., y Sánchez-González, D. (2016). Approaches to environmental gerontology in Mediterranean Europe and Latin America: Policy and practice on ageing and place, en D. Sánchez-González y V. Rodríguez-Rodríguez (eds.), *Environmental gerontology in Latin America and Europe: Policies and perspectives on environment and aging* (pp. 11-44). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21419-1_2

Sánchez-González, D., y Chávez-Alvarado, R. (2019). Vulnerabilidad social y adaptación de las personas mayores ante el cambio climático / *Social vulnerability and adaptation of older people to climate change*, en J. A. Nieto-Calmaestra y C. Egea-Jiménez (coords.), *Colectivos en desventaja social y habitacional: La geografía de las desigualdades* (pp. 159-169). Universidad de Granada. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869470

— (2016). Adjustments to physical-social environment of the elderly to climate change: Proposals from environmental gerontology, en D. Sánchez-González y V. Rodríguez-Rodríguez (eds.), *Environmental gerontology in Europe and Latin America* (pp. 105-126). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21419-1_6

Sánchez-González, D., y Osorio-Arjona, J. (2025). Pedestrian mobility behaviors of older people in the face of heat waves in Madrid City. *Urban Science, 9*(7), 236. https://doi.org/10.3390/urbansci9070236

Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L. P., Rodríguez-Rodríguez, V., De Gea-Grela, P., y García Aguña, S. (2025). Unravelling the complexity of the relationship between social support sources and loneliness: A mixed-methods study with older adults. *PLOS ONE, 20*(1), e0316751. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316751

Schoetter, R., Cattiaux, J., y Douville, H. (2015). Changes of western European heat wave characteristics projected by the CMIP5 ensemble. *Climate Dynamics, 45*(5-6), 1601–1616. https://doi.org/10.1007/s00382-014-2434-8

Seritan, A.L. (2023). The impact of climate change on older adults' mental health: A primer for clinicians. *OBM Geriatrics, 7*(4), 254. https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2304254

Smith-Carrier, T., y MacArthur, J. (2024). The state of eco-social work training in Canada: Transformative praxis for climate constrained futures. *International Social Work, 67*(4), 905-921. https://doi.org/10.1177/00208728231196366

Smith, K. (2022). Climate change and macro social work. *Encyclopedia of social work*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1417

Stein, J. Y., y Tuval-Mashiach, R. (2015). The Social Construction of Loneliness: An Integrative Conceptualization. *Journal of Constructivist Psychology*, *28*(3), 210–227. https://doi.org/10.1080/10720537.2014.911129

Strough, J., Parker, A. M., Ayer, L., Parks, V., y Finucane, M. L. (2024). Aging and Emotional Well-Being After Disasters: Vulnerability and Resilience. *The Gerontologist*, *64*(3), gnad099. https://doi.org/10.1093/geront/gnad099

Tierney, K. (2022). Social vulnerability and resilience to environmental hazards, en T. K. McGee y E. C. Penning-Rowsell (eds.), *Routledge handbook of environmental hazards and society* (pp. 166-180). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780367854584

Timonen, V., y Lolich, L. (2020). Dependency as Status: Older Adults' Presentations of Self as Recipients of Care. *SAGE Open*, *10*(4). https://doi.org/10.1177/2158244020963590

Wang, P., y Altanbulag, A. (2022). A concern for eco-social sustainability: Background, concept, values, and perspectives of eco-social work. *Cogent Social Sciences*, *8*(1). https://doi.org/10.1080/23311886.2022.2093035

Wijesuriya, S., Kishore, R. A., Bianchi, M. V. A., y Booten, C. (2024). Enhancing thermal resilience of US residential homes in hot humid climates during extreme temperature events. *Cell Reports Physical Science, 5*(6), 101986. https://doi.org/10.1016/j.xcrp.2024.101986

World Health Organization [WHO] (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf

Yusta-Tirado, R., Fernández-Roses, D., De Gea-Grela, P., García-Aguña, S., y Gallardo-Peralta, L. (2024). Transformaciones del concepto de vejez a través de la historia: Un análisis desde la prehistoria hasta el envejecimiento activo. *Persona y Sociedad*, *38*(2), 31-45. https://doi.org/10.53689/pys.v38i2.451

Zagheni, E., Muttarak, R., y Striessnig, E. (2015). Differential mortality patterns from hydro-meteorological disasters: Evidence from cause-of-death data by age and sex. *Vienna Yearbook of Population Research*, *13*, 47-70. http://www.jstor.org/stable/24770025

Zhang, C., y Chen, G. (2024). Rediscovering climate gerontology: an era for older adults to contribute more to climate change. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, *20*(1). https://doi.org/10.1080/15487733.2024.2381875



SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES AFRICANAS EN SITUACIÓN DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL: ESTUDIO DE CASO

REPRODUCTIVE HEALTH OF AFRICAN WOMEN IN INTERNATIONAL PROTECTION: CASE STUDY

Daniela Marín Román
Facultad de Trabajo Social. Universidad de Murcia.

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Murcia.

Resumen: El siguiente estudio permite describir en el imaginario cultural del embarazo de una mujer africana siendo solicitante de Protección Internacional a través de una aproximación hermenéutica sobre la percepción de su proceso reproductivo en un país en el que presenta barreras legales, idiomáticas, culturales y sociales y cómo los desafíos asociados a su situación migratoria y la adaptación intervienen en su proceso de embarazo, parto y puerperio inmediato. Esta investigación se ha llevado a cabo a través de una metodología de corte cualitativo, utilizando la estrategia de Estudio de Caso simple, empleando la técnica de la entrevista semiestructurada. Los principales resultados de la investigación revelan la situación de vulnerabilidad de las mujeres con respecto a la educación en salud reproductiva casi inexistente que asumen en su país de origen, lo que aumenta el riesgo de vulnerabilidad social si no encuentran en el país de acogida un correcto acceso a la información y a los servicios de salud.

Palabras Clave: Salud reproductiva; embarazo; mujeres africanas; protección internacional; migración.

Abstract: The following study aims to describe the cultural imaginary surrounding the pregnancy of an African woman who is an applicant for International Protection. It does so through a hermeneutic approach to understanding her perception of the reproductive process in a country where she faces legal, linguistic, cultural, and social barriers. The study explores how the challenges associated with her migratory status and the process of adaptation influence her experience of pregnancy, childbirth, and the immediate postpartum period. This research was conducted using a qualitative methodology, specifically a simple Case Study strategy, employing the technique of semi-structured interviews. The main findings reveal the vulnerability of these women due to the near absence of reproductive health education in their countries of origin, which increases their risk of social vulnerability if they do not find proper access to information and health services in the host country.

Keywords: Reproductive health; Pregnancy; African women; International Protection; Migration.

Referencia normalizada: Marín, D. e Iglesias, E. A. (2025). Salud reproductiva de mujeres africanas en situación de protección internacional: estudio de caso. *Trabajo Social Hoy 104*(1), págs. 153-175. Doi: 10.12960/TSH.2025.0019

Correspondencia: Emilia Iglesias Ortuño. *Email:* ea.iglesiasortuno@um.es

1. INTRODUCCIÓN

Las diferencias culturales desempeñan un papel crucial en la percepción y gestión de la salud reproductiva. Las diversas creencias, valores y prácticas culturales influyen en cómo las personas entienden y manejan su salud reproductiva, «la cultura juega un papel crucial en la forma de entender las experiencias y significados de la salud sexual» (Gómez *et al.*, 2016). Buxxi y Sy (2020, como se citó en Leal *et al.*, 2022): «Las experiencias vividas por las migrantes, tanto en su vida como en el sistema de salud, influyen en las acciones que tomen respecto a están» (p. 119).

En el contexto migratorio, las expectativas y las diferencias culturales se vuelven especialmente relevantes, las mujeres migrantes traen consigo sus propias perspectivas culturales sobre la salud reproductiva, que pueden diferir significativamente de las normas y prácticas del país receptor. «Las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud y enfermedad que cambian de una cultura a otra, incluso dentro del mismo sistema cultural» (Suárez y Plaza, 2018, p. 30). A lo que añaden Luque y Oliver (2005) una descripción de las diferencias en la percepción y vivencia del parto entre mujeres inmigrantes:

Tabla 1. Diferencias en la percepción y vivencia del parto entre mujeres inmigrantes

En relación con el sentido del pudor.	Constatamos cómo algunas mujeres, sobre todo norteafricanas, manifiestan reticencias para ser examinadas ginecológicamente por varones. El pudor no se produce solo con profesionales sanitarios, sino que en ocasiones se extiende a todo el sexo masculino.
Percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto.	Observamos, en general, que las mujeres procedentes de Europa del Este y del África Subsahariana son estoicas en su comportamiento. En las africanas, las muecas de dolor son principalmente faciales y los movimientos corporales son mínimos. Cuando el dolor de la contracción llega al máximo, hacen sonidos guturales difíciles de describir. Además, es habitual en casi todas las mujeres de esta procedencia que sus rostros denoten miedo, así como problemas en la comunicación verbal.

Acompañamiento durante el parto.	En general, los varones musulmanes son los más reacios al acompañamiento. Mujeres inmigradas de todas las procedencias que cuentan con apoyo social y familiar, en ocasiones prefieren ser acompañadas por alguna amiga o un miembro femenino de su familia. Sin embargo, cuando no tienen familiares, pueden venir a parir acompañadas por amigas, generalmente compatriotas que llevan más tiempo en nuestro medio y conocen mejor el idioma y las características de la asistencia sanitaria, haciendo las funciones de acompañamiento activo durante el proceso de parto, así como de traducción y mediación ante el personal sanitario. Se produce así un fenómeno de solidaridad de género y de grupo. Este fenómeno se observa entre las mujeres norteafricanas y las europeas del Este; sin embargo, prácticamente no se da entre las mujeres subsaharianas, que normalmente vienen a parir solas.
Vivencia y percepción del parto.	En nuestra cultura intervencionista occidental se espera que las mujeres de parto acepten todas las normas y cuidados que se les brindan, y que respondan a las órdenes dadas por el personal sanitario, lo que choca con algunas de estas mujeres, que pueden no atenerse a las directrices prescritas.
Interacción con el recién nacido.	Habitualmente se producen manifestaciones emocionales espontáneas de alegría y cariño, acompañadas de gestos que las refuerzan, como pueden ser besos, caricias o comentarios cariñosos hacia el recién nacido.

Nota: Adaptado de Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas, por Luque y Oliver, 2005, *IndexEnferm, 48*(49).

Tras este análisis resulta oportuno recalcar la idea de Luque y Oliver (2005) donde se toma el modelo biomédico como hegemónico, como el mejor de los modelos, con una falta de reflexión sobre los sesgos culturales del propio sistema. A su vez, no hay dos culturas idénticas, ni personas dentro de la misma cultura con los mismos patrones, las expectativas individuales también juegan un papel importante en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Datos sobre migración africana en España

Abordar la inmigración permite reflejar las necesidades de las personas migrantes en el país de acogida, en el caso de la migración en España, la cual, ha aumentado significativamente en las últimas décadas y centrándonos en la migración procedente de países en vías de desarrollo, destacando que, como afirma la Organización Internacional para las Migraciones (en adelante, OIM), «las tres cuartas partes de los inmigrantes en el mundo proceden de los países en vías de desarrollo» (OIM, 2013). Nos encontramos en una sociedad que presenta continuos desafíos sociales, entre ellos el tema principal que aborda este trabajo de investigación, el sistema de salud, en el ámbito de la salud reproductiva, si nos centramos en las mujeres.

El país alcanzó los 6.227.092 residentes con nacionalidad extranjera a principios de abril de 2023, en este mismo año se batió el récord con el mayor número de solicitudes de Protección Internacional en España, un total de 163.218 solicitudes, un 37% más que en el año anterior, de las cuales un 47% corresponde a solicitudes hechas por mujeres (Ministerio del Interior, 2024).

Tabla 2. Población extranjera por nacionalidad, seño y año

	2020		2021		2022	
	Total Extranjeros	Total mujeres	Total Extranjeros	Total mujeres	Total Extranjeros	Total mujeres
	5.434.153	2.714.276	5.440.148	2.714.996	5.542.932	2.764.718
Total africanos	1.193.407	481.502	1.198.573	484.187	1.217.706	489.178
Argelia	66.893	25.241	64.954	24.183	63.964	23.413
Marruecos	865.945	377.783	872.759	382.282	883.243	387.053
Mauritania	8.392	2.264	8.313	2.222	8.844	2.390
Total magrebíes	941.230	405.288	946.026	408.687	956.051	412.856

Nota: Adaptado de Movimiento natural de población MNO. Indicadores demográficos básicos, por Instituto Nacional de Estadística, 2022. Acceso abierto.

A partir de los datos arrojados en la Tabla 1, se puede observar un crecimiento constante, a lo largo de los años, tanto en el total de extranjeros de origen africano, como en el número de mujeres. Así pues, explorar las características de la migración africana femenina en España implica analizar diversos aspectos como sus motivaciones para migrar, las rutas y métodos de migración, las condiciones de acogida y adaptación en España, que se aplican para facilitar su inclusión en la sociedad española.

Al respecto del fenómeno migratorio, Valero *et al.* (2011) indica que la inmigración es «un fenómeno permanente e inacabado» (p. 9) En términos generales, en el año 2023, «alrededor de

184 millones de personas vivían fuera de sus fronteras» (World Bank Group, 2023, p. 15), este fenómeno puede estar motivado por diversas razones, incluyendo económicas, sociales, políticas o ambientales; Herrera (2023) apoya que «la migración internacional es un fenómeno complejo y variado que está determinado por múltiples factores» (p. 34). Por otra parte, el World Bank Group (2023) afirma que «las normas de género a menudo determinan las opciones disponibles para las mujeres y las niñas en el país de origen, incluso en términos de educación y empleo» (p. 121). En la misma línea, defiende que «las mujeres y las niñas constituyen una proporción relativamente grande de los emigrantes de algunas regiones y países, aunque los que provienen del sur de Asia, Oriente Medio y gran parte de África, predominan los hombres y los niños» (World Bank Group, 2023, p. 119). Del mismo modo, este informe nombra como:

Los flujos migratorios femeninos han ido en aumento, desde la década de 1960, este cambio es debido a una combinación de factores; un ejemplo de ello es en 2022, el 86% de los refugiados adultos ucranianos eran mujeres, muchas de estas mujeres migrantes, constituyen, a su vez, una gran parte de personas que migran en busca de reunificación familiar (p. 119).

Se puede entender que las mujeres migran por muchas razones y de muchas maneras, dependiendo de si son migrantes laborales, refugiadas o reunificadas con su familia. Los riesgos asociados con la fragilidad, los conflictos y la violencia impulsan los desplazamientos forzados hacía países que garanticen los Derechos Humanos, siguiendo esta línea marcada, se encuentran dos Derechos Humanos fundamentales en el contexto de la migración y la protección internacional.

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, DUDH), «toda persona tiene el derecho a circular libremente y a elegir la residencia en el territorio de un Estado, el derecho a salir de cualquier país; y el derecho a regresar al propio país» (art. 13). Asimismo, la DUDH establece que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios» (art. 25). Ambos derechos son cruciales para entender el término de inmigración como «acto de trasladarse a un país distinto del país de nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierta efectivamente en el nuevo país de residencia habitual» (OIM, 2019). Debe garantizar el ejercicio de los derechos en la sociedad de acogida, incluido el bienestar reproductivo de las mujeres migrantes. En estudios como Martínez y Reboiras (2010) se menciona que:

> En general, los grupos de migrantes de fronteras son un colectivo inmerso en una serie de condiciones de vida, que continuamente menoscaban o deniegan el ejercicio de sus derechos humanos y que les hacen estar expuestos a prácticas o situaciones de riesgo (Bronfman, Leyva y Negroni, 2004), muchas veces aceptadas en función de las mínimas opciones que se les presentan (p. 10).

Para evitar estas situaciones de riesgo, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, contempla el término salud reproductiva como:

> «Estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con la reproducción. Es también un enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de la población, así como para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos».

Generando así un interés legal en garantizar el bienestar reproductivo y el derecho a la salud universal, incluyendo prácticas de información y educación sobre la salud reproductiva y la capacidad de tomar decisiones libres e informadas; práctica propia del empoderamiento de la mujer, como nombra la ley «este enfoque, además, deberá contribuir a disminuir y eliminar las desigualdades estructurales que constriñen la vivencia del deseo y de la sexualidad plena, así como de otros elementos esenciales de la salud, los derechos sexuales y reproductivos» (LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

La intersección entre la SSR y los procesos migratorios presenta una compleja red de desafíos y necesidades, en 1994 se deja de lado el término de «Salud Materna e Infantil», para acuñar el término de «Salud Sexual y Reproductiva» en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de 1960 y 1980, quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados (Ministerio de Sanidad, 2013, p. 5).

2.2. Marco jurídico

El proveer a la población, específicamente a la femenina, de derechos en torno a la SSR es un objetivo marcado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (en adelante, ODS):

> Objetivo 3 «Salud y Bienestar», busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (ONU, 2015).

De esta manera, en materia de estrategias y legislación competente en torno a la SSR, y que resulta interesante para esta investigación destacamos, por orden cronológico:

Tabla 3. Legislación y estrategias en torno a salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional y nacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, (1948)	Artículo 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Declaración de Alma-Ata, (1978)	Enfatizó la relación vital que existe entre salud y desarrollo y comprometió a las naciones y organismos participantes a trabajar bajo el planteamiento integral de Atención primaria de salud (APS) para alcanzar la «Salud para todos en el año 2000». Este planteamiento integral recoge entre sus mínimos «la asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar» como trabajo en el área de la salud materna e infantil (VII.3).
Constitución Española de 1978	En el Título I, artículo 43 hace referencia a: 1. Se reconoce el derecho a la prestación de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
Ley General de Sanidad (1986)	Artículo 1.2: Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994)	En el marco de colaboración con el sector no gubernamental se reconoce a aquellas organizaciones, en especial, las que se ocupan de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, las organizaciones femeninas y los grupos de apoyo a inmigrantes y refugiados a colaborar en planes, programas y proyectos que promuevan la salud sexual y reproductiva de los/as usuarios/as (apdo. 15). Referido a la migración internacional (apdo. 24): Se exhorta a los gobiernos, tanto de los países que generan como de los que reciben migrantes, a que, por conducto de la cooperación internacional: a) Redoblen sus esfuerzos para proteger los derechos humanos y la dignidad de los migrantes, independientemente de su condición jurídica; proporcionen una protección eficaz a los migrantes; presten servicios sociales y de salud básicos, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación de la familia; faciliten la reunificación de las familias de los migrantes documentados; vigilen las violaciones de los derechos humanos de los migrantes; logren la aplicación eficaz de las leyes relativas a la protección de los derechos humanos; y velen por la integración social y económica de los migrantes documentados, especialmente los que han adquirido el derecho a la residencia a largo plazo en el país de acogida, y la igualdad de trato ante la ley. Las organizaciones no gubernamentales deben hacer una contribución importante a la atención de las necesidades de los migrantes.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social	Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria: 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles [...]. 4. Las embarazadas extranjeras que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto.
Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)	Ha respondido a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias, ante la progresiva medicalización y aumento de intervenciones innecesarias e injustificadas en un proceso fisiológico, con repercusiones en la salud, con el fin último de asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades de las personas usuarias. Es una estrategia orientada a satisfacer las expectativas de las mujeres manteniendo los niveles de seguridad existentes; a su vez, busca mejorar la comunicación, la confianza, la corresponsabilidad y la satisfacción de profesionales y usuarias, que reclaman el derecho a un parto respetado y a una vivencia en las mejores condiciones para ellas, las criaturas y las familias. Así, la Estrategia APN representa una oportunidad de mejorar la calidad y calidez de la atención al parto en el SNS. Una de las estrategias que resultan de suma importancia para la elaboración de este trabajo de investigación es: Línea Estratégica 2: Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones: busca, desarrollar un modelo de atención cuyo objetivo es empoderar de conocimiento a las mujeres y acompañarlas en la toma de decisiones, un ejemplo de ello será eliminar barreras físicas, psíquicas, lingüísticas, culturales; conocer la opinión de las mujeres sobre cómo se han sentido y sobre la atención recibida y cómo mejorarla; favorecer la participación de las asociaciones de mujeres y los grupos de apoyo madre a madre.
Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria	Artículo 46. Régimen general de protección: 1. Se tendrá en cuenta la situación específica de las personas solicitantes o beneficiarias de protección internacional en situación de vulnerabilidad, tales como menores, menores no acompañados, personas con discapacidad, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas, familias monoparentales con menores de edad, personas que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica o física o sexual y víctimas de trata de seres humanos.

	2. Dada su situación de especial vulnerabilidad, se adoptarán las medidas necesarias para dar un tratamiento diferenciado, cuando sea preciso, a las solicitudes de protección internacional que efectúen las personas a las que se refiere el apartado anterior. Asimismo, se dará un tratamiento específico a aquellas que, por sus características personales, puedan haber sido objeto de persecución por varios de los motivos previstos en la presente Ley.
Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) (2011)	Prevé el abordaje diferencial de la salud sexual y reproductiva, considerando necesario establecer estrategias de actuación, programas y proyectos que estén enfocados directamente a la mejora de la salud sexual (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación & Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019)
V Plan director de la Cooperación Española (2018-2021)	Una de las metas del presente plan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es: Reforzar el acceso a la salud sexual y reproductiva. Se trabajará para garantizar a la población, especialmente a mujeres y niñas, la atención a las necesidades específicas en la defensa y promoción de sus derechos y salud sexuales y reproductivos [línea de actuación 3.8.B)].
Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	Artículo 3. Principios rectores y ámbito de aplicación: a efectos de esta ley orgánica, será un principio rector: f) Accesibilidad. Se garantizará que todas las acciones y medidas que recoge esta ley orgánica sean concebidas desde la accesibilidad universal, para que sean comprensibles y practicables por todas las personas, de modo que los derechos que recoge se hagan efectivos para las personas con discapacidad, con limitaciones idiomáticas o diferencias culturales, para personas mayores, especialmente mujeres, jóvenes y para niñas y niños. g) Empoderamiento. Las instituciones públicas implementarán esta ley orgánica con especial atención al fortalecimiento de la capacidad de agencia y la autonomía de las personas en cada fase del ciclo vital, con énfasis en las mujeres y en la población joven. Este enfoque, además, deberá contribuir a disminuir y eliminar las desigualdades estructurales que constriñen la vivencia del deseo y de la sexualidad plena, así como de otros elementos esenciales de la salud, los derechos sexuales y reproductivos.

Nota: Adaptado de la legislación mencionada en la tabla por las autoras.

En términos generales, las leyes y estrategias mencionadas enfatizan el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en España, garantizando acceso universal y no discriminación. Estas normativas promueven la inclusión, la equidad y el respeto a la diversidad cultural, asegurando que las mujeres migrantes reciban atención sanitaria adecuada y personalizada, especialmente durante el embarazo, parto y puerperio inmediato. Además, se reconoce la importancia de la colaboración con organizaciones no gubernamentales y la necesidad de eliminar barreras culturales y lingüísticas para asegurar una atención de calidad y respetuosa con los derechos humanos de todas las mujeres.

3. METODOLOGÍA

A partir de la información recopilada en la literatura de referencia y de la pregunta de investigación, se propone una estrategia metodológica cualitativa con base en la técnica Estudio de Caso para dar respuesta a los objetivos de investigación que, a continuación, se detallan:

Tabla 4. Objetivos, categoría de análisis y descripción de la investigación

Objetivo general: describir el imaginario sobre el proceso de embarazo parto y puerperio inmediato de mujeres africanas migradas a España		
Objetivos específicos	**Categoría de Análisis**	**Descripción**
Conocer las estrategias de autocuidado que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.	Cuidado personal	Acciones específicas que emplea la mujer para cuidarse así misma durante el embarazo, parto y puerperio relacionadas con la dieta, el ejercicio, el descanso, la higiene personal. Así como la importancia de estos.
	Supervisión	Percepción del seguimiento del embarazo, parto y puerperio en el país de acogida, referidas a vacunas, seguimiento del embarazo, preparación al parto.
	Implicación y control	Toma de decisiones respecto a su atención al embarazo, parto y puerperio, del mismo modo que, si se respetan las preferencias personales y culturales
	Adaptabilidad	Apertura de la mujer a incorporar nuevas prácticas de salud que puedan diferir en sus creencias culturales.
	Trascendencia de la maternidad	Cómo la maternidad es percibida y valorada, además de las expectativas personales como madres e impacto sobre la identidad de las mujeres.

Identificar las estrategias de planificación y preparación del proceso de embarazo, parto y puerperio que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.	Planificación familiar	Conocimiento sobre los servicios de salud reproductiva, cómo métodos de planificación familiar, riesgos.
	Cambios y limitaciones corporales	Preparación para los cambios y limitaciones corporales durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.
	Plan de parto	Preparación física y emocional ante el parto y puerperio, se incluyen preferencias de parto, métodos de alivio del dolor, posturas y presencia durante el parto.
	Acceso	Forma en que la información llega a la mujer de manera completa y comprensible, sensibilidad cultural.
	Relación médico/paciente	Referido a la forma en que la mujer siente confianza en el/la profesional, existe claridad en el mensaje y resuelve las dudas planteadas por la mujer. A su vez, satisfacción de necesidades sanitarias por parte del profesional a la mujer.
	Red de apoyo	Cuáles son sus redes de apoyo familiar, social/comunitario e institucional y percepción cómo el papel que consideran en relación con el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

El Estudio de Caso simple es una estrategia de investigación con carácter cualitativo que se centra en la exploración detallada y profunda de un único caso o fenómeno en su contexto real. Esta metodología es especialmente útil para obtener una comprensión completa y rica de situaciones complejas y únicas el estudio de caso no representa una generalidad estadística, sino una generalización analítica dado que se usa para ilustrar, representar o generalizar una teoría. En este sentido, apunta Yacuzzi (2005, p. 7) que el método de Estudio de Caso «propone la generalización y la inferencia hacia la teoría y no hacia otros casos», así, en este estudio se busca ampliar en la percepción y valoración por parte de la participante para describir las categorías de análisis anteriormente descritas y evidenciar el constructo teórico desde la óptica del realismo.

Para ejecutar esta metodología, se ha aplicado la técnica Entrevista de tipo semiestructurada que constituye un método para recoger información a modo de conversación con los sujetos, y dentro ella, la de tipo semiestructurada, Lopezosa *et al*. (2020) explican que:

> Se caracterizan por su flexibilidad, ya que, aunque parten de un conjunto de preguntas previas, el entrevistado pueden contestar de forma abierta evitando así la elección de respuestas específicas. Los entrevistados, además pueden realizar apreciaciones transversales. Los resultados son menos sistemáticos, pero la información recogida de este modo puede llegar a ser de una gran riqueza si las preguntas han estado acertadas y los entrevistados se sienten libres de expresar sus conocimientos gracias a esta flexibilidad (p. 1).

El caso descrito en este trabajo ha sido localizado por la persona investigadora dadas las condiciones consideradas relevantes para el estudio (caso simple, instrumental e interpretativo), se trata de una mujer procedente de Argelia, mayor de edad, residente en España desde septiembre de 2022, no habla español por lo que ha asistido a la entrevista una traductora de árabe. La mujer estaba embarazada durante su solicitud de Protección Internacional gestionada por Cruz Roja y tuvo acompañamiento sanitario durante la gestación, parto y puerperio en diversas entidades sanitarias de la red pública española.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para comenzar a comprender el significado del proceso reproductivo es reseñable el *bloque introductorio* en el que se hace hincapié en cómo se enteró la mujer de su embarazo, ya que este momento marca el principio de la mentalización de la maternidad. Este descubrimiento inicial es fundamental, ya que a partir de ahí comienza un proceso de aceptación y preparación para el rol de madre, influenciado por factores emocionales, culturales y sociales. Entender este punto de partida es crucial para analizar cómo las mujeres gestantes e inmigrantes perciben y gestionan su salud reproductiva y las decisiones que toman a lo largo de su embarazo en el país de acogida.

La participante resalta que el sentimiento de ser madre trasciende del lugar, subrayando que la maternidad es una constante emocional en su vida, a pesar de los cambios drásticos en su entorno debido a la migración. La usuaria refleja esta dualidad al describir la incertidumbre y el choque inicial al enterarse de su embarazo en un nuevo país, junto con la alegría de la maternidad, dejando entrever que las mujeres migrantes, en situaciones similares a la suya, deben adaptarse a nuevas circunstancias y sistemas de salud, lo que puede ser un desafío significativo. Disfrutó de cada momento del embarazo y valora el apoyo recibido. La noticia de tener una niña le brindó una perspectiva de compañía y apoyo emocional, la describe en todo momento como «una amiga»:

> E: *Recuerdo que cuando fui al médico, a una revisión, y me dijeron: tienes una niña, yo me puse contenta porque iba a tener una compañía, una amiga, una hija, todo. Por que estar sola en un país que es diferente total, es duro, aunque tuve un embarazo muy bueno, lo he disfrutado todo, todos los momentos […].*
>
> *No tiene comparación con nada, siente unas cosas, como ya: soy madre, tengo una hija. Porque cuando estaba embarazada piensas que estás en un sueño, pero cuando tu hija está encima, es como: ya soy madre.*

Al respecto del conjunto de categorías del *primer objetivo específico* con relación al aspecto a conocer las estrategias de autocuidado que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, la participante en el estudio aporta la siguiente información.

Referente a las acciones específicas que emplean las mujeres atendiendo al cuidado personal; se comprende que durante la atención desde que comienza el período gestacional, «se debe educar sobre los cuidados que debe tomar en cuenta en el transcurso de su período de gestación como cumplir con la atención prenatal recomendada que ayuda a disminuir el riesgo de la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención» (Sigcho, 2020, p. 2). Además, teniendo en cuenta que «el proceso migratorio también puede exponer a los migrantes a caren-

cias nutricionales y cambios del estilo de vida» (Organización Internacional para las Migraciones, 2017, pp. 4-5), se ha querido hacer hincapié es las técnicas de autocuidado empleadas tras el proceso migratorio:

> E: *Yo buscaba en el móvil para coger ideas, en mi país nunca te explican nada. […]me hicieron un menú especial para mí, como estaba embarazada, me dieron el derecho a merendar, también, como carne halal, me compraron carne halal para no comer solo pescado […].*
>
> *Me ponía agua caliente con sal y subía los pies a la pared y luego los bajaba para que baje la sangre. También salía a caminar, así cuando estaba mucho tiempo en casa podía respirar aire fresco […]. Para mí es importante, porque si yo estaba bien, mi hija iba a estar bien.*

En cuanto a la percepción del seguimiento del embarazo, parto y puerperio, teniendo en cuenta que «la percepción del usuario es construida a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades» (Leal *et al*., 2022, p. 119):

> E: *En el hospital, cuando me dijeron que estaba embarazada pedí si había alguna que hablase francés, me trajeron a una mujer que hablaba francés y yo hablé con ella y me trataron muy bien. Me dieron vitaminas porque estaba cansada, hierro y estas cosas. Me dijeron que tenía que seguir yendo a matrona o algo así, me explicaron, me dieron vitaminas para largo tiempo porque yo les dije que todavía no tenía medico ni nada, fue bien.*
>
> *Después estuve un tiempo sin saber nada, solo tomaba las pastillas […], recuerdo que estaba muy angustiada porque no sabía si iba bien o mal, no sabía nada.*
>
> *[…] Después, no recuerdo cada cuánto iba, pero fueron pocas, yo quería saber siempre cómo estaba mi hija.*
>
> *En mi país es diferente, aquí hay vacunas y te ven, te ven poco, pero te ven, también te ve una matrona. […] Nosotros, en Argelia, no tenemos opciones para parir, si el parto es natural tiene que ser en hospital, en época de mi madre las mujeres parían en casa, pero ahora no, clínica privada o público. Normal o cesaría, si dice la matrona que es necesario.*
>
> *[…] A las clases no fui, tenía a mi compañera de piso que me ayudó mucho y videos de Internet también. El seguimiento es igual, te ve una matrona.*

Las respuestas indican que la apertura de la mujer a incorporar nuevas prácticas, para Zlobina *et al*. (2002) el choque cultural conlleva que «las personas que realizan la inmigración se ven rodeadas de normas, valores y costumbres que no les son familiares. Aquello que hasta ahora veían como la forma correcta de ver el mundo y actuar en él, se contrasta con otra realidad distinta» (p. 45):

> E: *No me imagino parir en Argelia, allí es muy duro […], a nosotros no nos tratan como aquí, no sé si es porque tienen mucha gente, pero, por ejemplo, cuando se acaba el parto, puedes encontrar cuatro mujeres en una habitación o dos mujeres en una cama, en fin, son muchas mujeres ahí.*

Recuerdo que cuando me dijeron que estaba embarazada, me preguntaron: ¿quieres seguir con tu embarazo?, yo pensé: ¿quiero tener una hija?, qué pregunta más extraña, claro que sí, nunca me lo perdonaría.

Llore mucho cuando salió mi hija y me la pusieron en mi pecho, luego me explicaron que eso era importante, para mí fue sentir a mi hija por primera vez, mi sueño era de verdad.

Recuerdo que el profesor de español me ayudaba mucho, aunque era hombre, tenía dos hijos y tenía experiencia, me he empezado a acostumbrar a hablar con hombres porque no puedo elegir.

La informante declara que la toma de decisiones respecto a su atención al embarazo, parto y puerperio, entendiendo que «la toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención» (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 14). Este derecho permite a las mujeres participar activamente en su atención médica, aumentando su satisfacción y el sentido de control sobre sus cuerpos y procesos de parto, la entrevistada:

E: *Me explicaron que podía decidir ponerme la epidural, si lo necesitaba durante el parto, aunque yo pensé que aguantaría, pero el poder elegir y que te avisen ya es una ayuda importante.*

En mi país esto es imposible. Las mujeres no saben que esto se puede hacer así, los apoyos que podrían tener. Es otra forma de parir. Hay algunas que quieren informarse, pero normalmente haces lo que puedes.

La entrevista revela que, en algunos casos, la educación en materia de salud reproductiva es inexistentes en países en vías de desarrollo, como es el caso de Argelia, esta carencia de información obliga a las mujeres a buscar información por su cuenta, ejemplo de estas técnicas incluyen la búsqueda de información en la red, cayendo en algunos casos, en buscar información inexacta o equivocada, siguiendo esta línea, en la entrevista se demuestra la capacidad de adaptación a las nuevas condiciones de la mujer migrante en el país de acogida, lo que destaca su resiliencia y determinación para asegurar su bienestar y el de sus futuros hijos o hijas.

Al respecto del conjunto de categorías del *segundo objetivo específico* de identificar las estrategias de planificación y preparación del proceso de embarazo, parto y puerperio que sigue una mujer africana solicitante de protección internacional durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, la participante del estudio aporta lo siguiente al respecto del significado y transcendencia de la maternidad.

Estudios como el de Carranza *et al*. (2022) exponen que «la migración es un "parteaguas" en la historia de las mujeres, en algunos aspectos es doloroso y, al mismo tiempo, puede significar una libertad nunca experimentada. Por ejemplo, para algunas mujeres ejercer la maternidad desde un proceso marcado por la culpa y el dolor» (p. 106).

E: *Es una pregunta difícil, porque no hay palabras que expliquen esto. Es lo mismo, donde sea, ser madre es un sentimiento que lo sientes, no tiene que ver con el lugar donde estés. Pero hay lugares en los que se permite vivirlo de mejor manera, como más plena.*

> *No sé cómo lo tenía que hacer porque estoy en un país nuevo, mi destino, cómo va a terminar, tras todo el viaje mal.*

La realidad de una persona migrante y solicitante de protección internacional, la cual carece de un domicilio habitual, saca a relucir la interrupción en la comunicación y la falta de seguimiento continuo en algunos recursos de carácter público, generando así angustia e incertidumbre. La entrevistada experimentó ansiedad al no tener información regular sobre el progreso de su embarazo, lo que destaca la necesidad de promover estabilidad en las personas solicitantes de asilo.

En cuanto a la planificación familiar, teniendo en cuenta que los derechos humanos de las mujeres deben formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) «corresponde a los Estados brindar el derecho de las mujeres a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 16), por su parte, la entrevistada comenta que:

> E: *Yo buscaba en el móvil para coger ideas, en mi país nunca te explican nada, estas embarazada, vas a las revisiones y cuando pares se olvidan de ti, siguen viendo al niño, pero a ti nunca te explican nada.*
>
> *En realidad, no puedes comprender lo que sucede pues no te explican bien el proceso.*
>
> *Mi conocimiento era ver los partos de mi madre y ayudarla.*
>
> *Yo recuerdo que mi profesor de español me explicó qué palabras se utilizan en el parto, esto significa esto, él me ha ayudado mucho. Me dijeron que cuando se rompe la bolsa, ya tienes que irte al hospital.*

La entrevistada revela que en su país de origen, hay una carencia significativa de información y educación sobre planificación familiar y cuidados de la mujer tras el alumbramiento, describe que las mujeres reciben atención durante el embarazo y el parto, pero se descuida su educación sobre temas esenciales y cuidados continuos después del nacimiento del niño y carecen de atención. Esta falta de información deja a las mujeres sin el conocimiento necesario para gestionar su salud reproductiva de manera efectiva tras el proceso de embarazo:

> E: *Los niños cuando nacen, los tratan, si tienen enfermedad, pero para una mujer no. Es más importante el niño que la mujer, aquí es diferente, cuidan a la madre y al hijo. A mí me han explicado todo, el parto, me llevaron a la habitación, me dijeron que tenía que limpiar al niño, me dijeron: tu quédate aquí, si necesitas ir al baño te ayudamos. En Argelia no, allí se ha acabado tu trabajo, tienes que irte o estar sola [...].*

Considerando que el embarazo es una etapa de significativos cambios y adaptaciones corporales que requieren preparación y comprensión por parte de las mujeres gestantes; y que «el proceso migratorio expone a los migrantes a cambios del estilo de vida» (Organización Internacional para las Migraciones, 2017, pp. 4-5), se quiso hacer hincapié en la preparación para los cambios y limitaciones corporales durante el proceso de embarazo, parto y puerperio tras este proceso migratorio por parte de la entrevistada tras su proceso migratorio:

> E: *Cuando me dieron la noticia, yo estaba en shock, con todo lo que ha pasado, no sabes que estás embarazada, no sabes cómo vas a continuar tu vida, es en este momento cuando no sabes si tengo que estar feliz porque vas a tener un hijo o triste y preocupada porque no sabes cómo va a ser tu vida. En mi país tenía mi casa y mi trabajo, al llegar aquí no sé si está bien o no, vas a empezar todo desde cero.*
>
> *Yo me bañaba con agua caliente con sal, salir a caminar, hablaba con mi bebe, me ayudaba mucho porque estaba sola y quería que estuviese contenta y no triste como yo.*
>
> *El día que parí estuve toda la noche sin poder dormir, así que me di una ducha para relajarme, el último mes estuve sin dormir prácticamente, te molesta, no puedes dormir ni sentada ni tumbada, es un poco dolor, lo único que me ayudaba era darme una ducha.*

A lo largo de la entrevista, se hacen varias alusiones al país de origen, la entrevistada comparó su experiencia en el país receptor con la atención en su país de origen, en el caso de Argelia, donde las opciones para el parto son limitadas.

Al respecto de la toma de decisiones y la elaboración del Plan de parto, la entrevistada reflexiona y destaca la capacidad de tomar decisiones sobre su atención durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, lo cual es coherente con el principio de que «la toma de decisiones informadas sobre el parto por parte de las mujeres es un derecho y un elemento clave de calidad de la atención» (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 14), inicialmente decidió tener un parto natural sin epidural, pero cambió de opinión cuando el dolor se volvió insoportable.

> E: *Siempre he hecho lo que he querido, por ejemplo, yo en principio dije me voy a aguantar y voy a tener parto normal, no necesito epidural, pero llego un punto que ya era imposible, y lo hice. Cuando sabes que hay una opción que te quita el dolor, vas a elegirla.*
>
> *El papel sobre el parto sí lo explicaron, sabía que existía y que se podía hacer.*

Esto demuestra su capacidad para evaluar sus necesidades y adaptarse a las circunstancias cambiantes, reafirmando la importancia de proporcionar a las mujeres todas las opciones disponibles y respetar sus decisiones. El acceso a opciones de alivio del dolor, como la epidural, y la capacidad de decidir sobre su uso son fundamentales para el bienestar de las mujeres durante el parto, a modo de conclusión, esta experiencia ayuda a las mujeres a elegir entre diferentes opciones de atención y manejo del dolor, contribuye a una experiencia de parto más positiva y que empodera a la mujer.

El plan de parto cumple con «la información actualizada sobre prácticas clínicas y los derechos de las mujeres a participar en la toma de decisiones, sobre las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, la movilidad y distintas posiciones en el parto, sobre los beneficios de tener una persona acompañante elegida» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 84). La participante menciona que:

> E: *Me ha relajado saber que estaba Dios conmigo [...]. El parto fue normal, como dijeron médicos que mi hija tenía que salir, ella salió y no tuvieron que provocarme el parto [...].*

Un aspecto recurrente en las entrevistas fue comentar la forma en que la información llega a la mujer, dado que, como afirma la Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España (2012) «aunque los servicios sanitarios en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores para los grupos sociales menos favorecidos» (p. 183):

> E: *Yo he tenido suerte la verdad. […] gracias a Dios que he podido parir aquí, allí es muy duro. […] Cuando llegué por primera vez y pude pedir un traductor fue muy bueno para mí, porque no entendía qué estaba pasando.*

La experiencia del parto de la usuaria fue positiva, no se necesitó cesárea, lo que permitió una experiencia natural, como la que había planeado, destaca que la comunicación con su matrona fue clave para su experiencia positiva, la profesional le explicaba las razones del dolor y los pasos a seguir, proporcionando una educación continua durante el proceso; es patente la confianza en el personal médico, generada a través de explicaciones claras y apoyo continuo considerándose fundamental para una relación médico/paciente positiva. La entrevistada se sintió apoyada y bien informada, lo cual contribuyó a reducir su ansiedad y aumentar su confianza en el sistema de salud. A modo de conclusión, la atención obstétrica debe ser culturalmente sensible y personalizada para cada paciente; la experiencia de la entrevistada demuestra que un enfoque individualizado, donde se proporciona información y apoyo adaptado a sus necesidades específicas, mejora significativamente la experiencia de la paciente.

En vista que «la utilización de los servicios hospitalarios por parte de la población inmigrante se centra en los servicios pediátricos y obstétricos» (Cots, *et al*., 2007, p. 8), la relación médico/paciente se describe como:

> E: *Cuando yo sentía dolor, tenía a la matrona y ella me explicaba porqué y qué tenía que hacer. Siempre me han explicado todo, el parto, todo.*

La usuaria destaca la percepción positiva de la atención en el seguimiento del embarazo en el país receptor que incluyó aspectos como la disponibilidad de vacunas y la atención por parte de matronas, aunque consideró que las visitas eran insuficientes, de igual manera, la presencia de una matrona en el seguimiento del embarazo fue valorada positivamente. La comparación entre el sistema de salud en Argelia y España revela diferencias significativas en términos de trato y condiciones, respecto a su experiencia, la entrevistada describe condiciones difíciles en Argelia, como compartir habitaciones o camas con otras mujeres, lo que subraya la apreciación por la calidad de atención más individualizada y respetuosa que recibe en el país de destino.

Su experiencia en el país de acogida, donde recibió una atención más personalizada, centrada en la mujer y no en el hijo, contrastó fuertemente con las prácticas en Argelia, esta situación derivó en una disposición a adaptarse a nuevas formas de cuidado que son percibidas como mejores. Aunque el choque cultural implica enfrentarse a normas, valores y costumbres desconocidas, se refleja en la experiencia de la entrevistada cuando se le pregunta sobre continuar con el embarazo, que inicialmente le pareció extraña, representa un momento donde se enfrenta a una realidad diferente, donde las opciones y decisiones personales son más respetadas y discutidas, otro ejemplo es el contacto piel a piel con su hija recién nacida, una práctica que desconocía,

pero que encontró muy significativa; estos aspectos resaltan cómo nuevas prácticas pueden ser integradas y valoradas positivamente, mejorando la experiencia del parto y la conexión emocional con el bebé.

La entrevistada afirma que la red de apoyo, en el proceso de embarazo se enfatiza en «los beneficios de tener una persona acompañante elegida» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 84), además desde el Plan de Parto y Nacimiento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007) «es recomendable el acompañamiento de la mujer durante el preparto, parto y postparto, por una persona de confianza» (p. 5):

> E: *Doy gracias a Cruz Roja, yo tenía una psicóloga que me ayudaba muchísimo hasta el profesor de español, que me explicaba todo [...].*
>
> *Allí estaba en un piso de acogida para mujeres embarazadas y madres solteras y conocí a una mujer que tenía una hija también y ella me explicó todo [...], gracias a ella me sentí un poco más tranquila [...].*
>
> *Aunque no tenga aquí a mi familia, he sentido que tengo aquí otra familia.*

Incidir en la carencia de una red de apoyo, surge como una categoría emergente en esta investigación; Hernández *et al*. (2004) subraya que «la integración en una red de vínculos interpersonales otorga al individuo un sentido de pertenencia y seguridad, proporciona información y recursos, y permite el reconocimiento de la propia valía por parte de los demás, incrementando la autoestima» (p. 80) para la entrevistada:

> E: *Una persona que venga y no tenga el apoyo de Cruz Roja, tiene que ser muy duro, necesitar ayuda y no tener ayuda es muy duro. Tu mamá no está contigo, me imagino que una persona sola sin apoyo es muy duro.*

La entrevistada destaca los beneficios de tener una persona acompañante elegida durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, recibió apoyo significativo de la entidad que la acogida en su momento, Cruz Roja, este tipo de apoyo institucional es vital para proporcionar a las mujeres migrantes los recursos y la información necesarios para una experiencia de embarazo más segura y positiva; encontró apoyo emocional y práctico en un piso de acogida para mujeres embarazadas y madres solteras, donde conoció a otra mujer, usuaria, que le proporcionó orientación y compañía. Estas redes informales de apoyo son esenciales para crear un sentido de comunidad y pertenencia, especialmente cuando las mujeres están lejos de sus familias biológicas, la mujer expresa haber sentido que tenía otra familia en el país de acogida gracias al apoyo recibido. Este sentimiento de pertenencia y apoyo emocional es crucial para el bienestar mental y emocional de las mujeres durante el embarazo, mencionando que, gracias al apoyo recibido, se sintió más tranquila y segura. Las organizaciones sin ánimo de lucro como Cruz Roja, desempeñan un papel crucial en proporcionar apoyo integral a las mujeres migrantes, y en el caso de mujeres embarazadas, no centrándonos en la asistencia médica, sino en el apoyo emocional, educativo y social, facilitando la inmersión en la sociedad de acogida.

Por último, y no menos importante, la ausencia de esta red puede tener consecuencias negativas significativas para las mujeres migrantes, la entrevistada destaca lo duro que sería no tener el

apoyo de organizaciones como Cruz Roja. Sin el apoyo adecuado, las mujeres migrantes enfrentan mayores dificultades, lo que puede afectar negativamente su salud mental y emocional; la falta de una red de apoyo podría agravar la sensación de soledad generando una mayor vulnerabilidad ante la ausencia de recursos prácticos y de información cruciales para la adaptación y bienestar durante el embarazo. La usuaria asegura que sentirse apoyada por otros mejora la percepción del proceso migratorio y mitiga la soledad.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los obstáculos al acceder al servicio de salud exaltan a la hora de buscar personal sanitario que hable el idioma materno de la paciente, la existencia de esta figura, ya sea un/a traductor/a o mediador/a intercultural, es crucial para una experiencia positiva en la acogida de la mujer, proporcionando comprensión, lo que mejoró su percepción de la atención recibida; esto subraya la importancia de asegurar que estos servicios estén bien equipados para atender a una población que diversos países y que las necesidades específicas de las mujeres migrantes sean comprendidas y atendidas adecuadamente.

En ausencia de sistemas formales de educación en salud en su país, la entrevistada dependió de observaciones personales y experiencias familiares, el caso de su madre, para obtener conocimientos sobre el parto y la maternidad; por último, esta menciona sentirse afortunada por haber recibido atención médica en España, destacando la dureza de las condiciones en su país de origen. Esto refleja una gratitud hacia el sistema de salud que le proporcionó no solo atención médica adecuada, sino también una experiencia de parto más humana y menos traumática.

La intervención educativa y el apoyo institucional, dentro del sistema de acogida temporal para solicitantes de protección internacional, tienen un impacto positivo significativo en la experiencia de las mujeres inmigrantes. La entrevistada menciona que la ayuda de su profesor fue fundamental para su entendimiento del proceso de parto, lo cual demuestra que las intervenciones educativas pueden ser cruciales para la integración y el bienestar reproductivo de las mujeres inmigrantes.

Si nos centramos en el proceso migratorio, este puede exponer a las mujeres a cambios significativos en su estilo de vida, lo que a su vez afecta su experiencia durante el embarazo, la entrevistada expresa incertidumbre sobre cómo proceder en un país nuevo, lo que resalta la importancia de proporcionar a las mujeres migrantes educación y recursos comprensibles sobre el proceso de parto y sus opciones, menciona que saber que Dios estaba con ella le proporcionó relajación y consuelo durante el parto, este apoyo espiritual fue crucial para su bienestar emocional, destacando la necesidad de considerar y respetar las creencias personales de las mujeres en la planificación del parto, de igual manera encontró que hablar con su bebé fue una práctica que ayudó a la entrevistada a mantener un estado de ánimo positivo, esta estrategia de conexión emocional es vital para el bienestar psicológico, especialmente en contextos de migración donde pueden sentirse aisladas y solas. La entrevistada mencionó que tomó una ducha para relajarse la noche antes de dar a luz, lo que indica que pequeñas prácticas de autocuidado pueden tener un impacto significativo en la preparación para el parto.

Para finalizar, la experiencia positiva de la entrevistada demuestra cómo una atención adecuada y el apoyo continuo pueden transformar una situación potencialmente negativa en una experiencia

positiva. Las mujeres migrantes muestran una notable capacidad de adaptación y resiliencia; la capacidad de encontrar y utilizar estrategias de autocuidado efectivas y la disposición a integrarse en nuevas prácticas y sistemas de salud son formas de apreciar la capacidad de supervivencia de las personas migrantes en los países de acogida.

Este trabajo de investigación recalca la importancia de crear programas comunitarios, servicios de orientación, grupos de apoyo mutuo, para asegurar que todas las mujeres migrantes y embarazadas tengan acceso a los recursos necesarios y a la información que requieran y su idioma materno, para evitar situaciones de vulnerabilidad, sin necesidad de limitar esta información y apoyo a solicitantes de protección internacional, aun sabiendo que no todas las personas migrantes pueden acogerse a los requisitos para entrar en dispositivos gestionados por entidades del Tercer Sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2018). *V Plan director de la Cooperación Española (2018-2021)*. https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificación/Plan%20Director%20V.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Ayuda en Acción (2018). *La migración femenina: Desafíos y oportunidades*. https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/migracion-femenina/

Carranza Castro, C., Gandarias Goikoetxea, I., y Larrondo, A. (2022). Sentipensar la educación popular desde una mirada feminista y antirracista: una experiencia de acompañamiento a grupos de mujeres migradas, en Hegoa (ed). *Investigación feminista sobre migraciones. Aspectos epistemológicos y metodológicos* (pp. 99-111). Seminario Interdisciplinar de Metodología de Recerca Feminista.

Comisión Jurídica y de Asuntos Internacionales, Comisión de Educación y Sensibilización Social, Comisión de Políticas de Integración, Interculturalidad, Convivencia y Cohesión Social, Comisión de Empleo e Igualdad de Oportunidades & Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2023). *Informe anual de situación de las personas migrantes y refugiadas en España*. https://www.inclusion.gob.es/documents/1652165/2966006/INFORME_FISI_2022.pdf/

Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *26*(2), 182-189. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programa_de_accion_spa.pdf

Congreso de los Diputados (2020). *Propuestas de la ciudadanía para la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica*. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200623_D17.pdf

Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf

Cots, F.; Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., y Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research, 7*(9). https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-9

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2024). *Estado de la población mundial 2024*. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp_2024_es.pdf

Gómez Cantarino, S., Comas Matas, M., Abellán Velasco, Silva Campos, Poço dos Santos, A., y Del Puerto Fernández, I. (2016). Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: mujer puérpera española e inmigrante. Área sanitaria Palma de Mallorca (España). *Enfermegem*, *9*, 115-123. https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833014.pdf

Hernández, S., Pozo Muñoz, C., y Alonso Morillejo, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes: ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, *80*, 79-96.

Herrera Ceballos, M. J. (2023). La migración en el siglo XXI: tendencias globales, desafíos y oportunidades actuales. *Cuadernos de Estrategia*, *222*, 31-45. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9247445

Instituto Nacional de Estadística (2022a). *Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB).* https://www.ine.es/prensa/mnp_2021_p.pdf

— (2022b). *Nacimientos por país de nacionalidad de la madre y mes.* https://www.ine.es/jaxi/files/tpx/es/xls/21825.xls

— (2022c). *Población extranjera por Nacionalidad, provincias, Sexo y Año.* https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=03005.px#_tabs-tabla

Leal-Jofré, E., Alonso-Karle, M., Espinoza-Fabri, F., Latorre-Funke, J., Reyes-Valderrama, J.; Vejar-Arenas, J.; González-Garate, P., y González-Nahuelquin, C. (2022). Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes latinoamericanas: una revisión narrativa. *Musas*, *7*(2), 104-126. https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num2.6

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 263, de 31 de octubre de 2009. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-17242

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado,* núm. 51, de 1 de marzo de 2023.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 10, de 12 de enero de 2000.

Luque Fernández, M. A., y Oliver Reche, M. I. (2005). *Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas*. IndexEnferm, *48*(49), 9-13. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002

Martínez-Pizarro, J., y Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de Población*, *16*(64), 9-29. https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n64/v16n64a2.pdf

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2023). *Marco estratégico de ciudadanía e inclusión y contra el racismo y la xenofobia*. https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/MarcoEstrategicoCiudadaniaInclusionContraRacismoXenofobia_REV.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*.: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaPartoNormalSNS.pdf

— (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaSaludSexualReproductivaSNS.pdf

Ministerio de Sanidad (2013). Salud y equidad: Módulo 12 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, Secretaria de Estado de Migraciones, Secretaria General de Inmigración y Emigración, Dirección General de Integración y Atención Humanitaria (2018). *Sistema de acogida e integración para solicitantes y beneficiarios de protección internacional. Manual de Gestión.* https://www.inclusion.gob.es/documents/410169/2156583/Manual_de_Gestion.pdf/b24db193-ef37-18a9-a2d8-a1bb82f92f8e?t=1675947490803

Ministerio del Interior (2024a). *Avance mensual de protección internacional: Abril 2024*. https://proteccion-asilo.interior.gob.es/documentos/Avance-Mensual-PT-abril-2024.pdf

— (2024b). *Datos e información estadística en formato reutilizable*. https://proteccion-asilo.interior.gob.es/es/datos-e-informacion-estadistica/informacion-estadistica-en-formato-reutilizable/

Naciones Unidas (2015). *Salud y bienestar*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

Organización Internacional para las Migraciones (ed.) (2017). *El Pacto Mundial. La salud de los migrantes*. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Health-of-Migrants-ES.pdf

— (2019). *Términos fundamentales sobre migración*. https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion

Sigcho Japón, S. A. (2020). Teoría de Dorothea Orem aplicada al cuidado durante el embarazo [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimborazo]. http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7143

Suárez Cadenas, M., y Plaza Del Pino, F. J. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, *22*(50). https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03

Valero Matas, J., Coca, J., y Valero Oteo, I. (2011). Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de Población, 80*. https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n80/v20n80a2.pdf

Vanegas, B. C. (2011). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, *6*(6), 128-142. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036726.pdf

World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies (2023). https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1941-4

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Serie Documentos de Trabajo, 296*, 1-37.



TEJIENDO REDES DE CUIDADO: INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO CON FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS CON DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

WEAVING CARE NETWORKS: INTERVENTION FROM HEALTH SOCIAL WORK WITH FAMILIES CAREGIVERS OF PEOPLE WITH LEWY BODIES DEMENTIA

Carla Galán García
Máster Trabajo Social Sanitario - Universidad Pontifica de Comillas

Verónica Olmedo Vega
Trabajadora social sanitaria Área Neurología y Neurocirugía - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resumen: Este artículo propone un innovador proyecto de intervención dirigido a familias cuidadoras de personas con demencia con cuerpos de Lewy, abordado desde el Trabajo Social Sanitario en atención primaria. Reconociendo la complejidad clínica y psicosocial de esta enfermedad, caracterizada por síntomas cognitivos, conductuales y motores de evolución fluctuante, se enfatiza la urgente necesidad de abordar la sobrecarga que enfrentan los/as cuidadores/as informales, agravada por diagnósticos tardíos y la escasez de recursos especializados.

El modelo de intervención planteado se estructura en fases integradas: acogida inmediata posdiagnóstico, atención individualizada y grupal, coordinación interdisciplinar y seguimiento continuo, garantizando un apoyo sostenido y contextualizado. Su objetivo es acompañar a las familias en su proceso de adaptación, fomentando la conciencia de sus necesidades y fortaleciendo sus competencias cuidadoras mediante estrategias psicosociales y comunitarias.

El proyecto destaca el cuidado de las personas cuidadoras como eje estratégico fundamental para lograr una atención integral, humanizada y sostenible, que contribuya significativamente al bienestar de las familias y a la calidad del acompañamiento brindado en contextos de alta vulnerabilidad.

Palabras Clave: Demencia con cuerpos de Lewy; atención primaria; Trabajo Social Sanitario; personas cuidadoras informales; sobrecarga en el rol de cuidado; adaptación familiar; intervención psicosocial.

Abstract: This article proposes an innovative intervention project aimed at families caring for people with Lewy body dementia, approached from the perspective of health social work in primary care. Recognizing the clinical and psychosocial complexity of this disease, characterized by fluctuating cognitive, behavioral, and motor symptoms, it emphasizes the urgent need to address the burden faced by informal caregivers, exacerbated by late diagnoses and a shortage of specialized resources.

The proposed intervention model is structured in integrated phases: immediate post-diagnosis support, individualized and group care, interdisciplinary coordination, and continuous monitoring, ensuring sustained and contextualized support. Its objective is to accompany families in their adaptation process, promoting awareness of their needs and strengthening their caregiving skills through psychosocial and community strategies.

The project highlights caregiver care as a fundamental strategic axis for achieving comprehensive, humanized, and sustainable care that significantly improves family well-being and the quality of care provided in a highly vulnerable environment.

Keywords: Lewy body dementia; primary care; Health Social Work; informal caregivers; caregiver burden; family adaptation; psychosocial intervention.

Referencia normalizada: Galán, C y Olmedo, V. (2025). Tejiendo redes de cuidado: intervención desde el Trabajo Social Sanitario con familias cuidadoras de personas con demencia por cuerpos de Lewy. *Trabajo Social Hoy, 104*(1), págs. 177-194. Doi: 10.12960/TSH.2025.0020

Correspondencia: Carla Galán Garcia. *Email*: ca2ges@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado se ha conceptualizado como un entramado de prácticas y relaciones orientadas a preservar la vida y promover la autonomía a lo largo del ciclo vital (Tobío *et al*., s.f.). En este marco, la familia ha ocupado un rol central como agente proveedor de cuidados, función moral y socialmente asignada, especialmente en contextos de dependencia o vulnerabilidad (Elizalde, 2020). Esta responsabilidad se ha visto acentuada en las últimas décadas debido al aumento de enfermedades crónicas y neurodegenerativas, en correlación con el envejecimiento demográfico (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Actualmente, se estima que más de 55 millones de personas viven con algún tipo de demencia a nivel global, proyectándose un aumento a 139 millones para el año 2050 (Alzheimer Europe, 2023). En este contexto, la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) representa un reto específico en el ámbito clínico y social, al afectar a aproximadamente 11 millones de personas y posicionarse como una de las formas más prevalentes, con una incidencia estimada de hasta el 26% entre la población mayor (Walker, 2015). En España, se calcula que más de 900.000 personas presentan algún tipo de demencia, siendo la DCL la tercera en frecuencia (Pérez, 2025). Esta entidad clínica se caracteriza por la coexistencia de síntomas cognitivos, motores, conductuales y perceptivos, así como por una evolución fluctuante, lo que complica tanto su diagnóstico diferencial como su abordaje terapéutico (Mayo Clinic, s.f.).

Uno de los principales desafíos para las familias cuidadoras de personas con DCL radica en la complejidad diagnóstica, debido a la superposición sintomática con otras enfermedades neurodegenerativas. Esta incertidumbre clínica genera elevados niveles de sufrimiento psicosocial, dificulta la toma de decisiones y condiciona un acompañamiento frecuentemente desestructurado, con consecuencias directas en el equilibrio emocional y funcional del entorno familiar (Toro, 2010). En este contexto, cobra relevancia la figura de la persona cuidadora informal, habitualmente un familiar directo, que asume la responsabilidad del cuidado sin contar con formación específica ni con el apoyo institucional suficiente. Este rol conlleva una carga física, emocional, económica y laboral significativa, transformando de manera sustancial la vida cotidiana del/a cuidador/a (Demey y Allegri, 2008).

A pesar de los avances en el reconocimiento del rol de las familias cuidadoras y la disponibilidad de ciertos servicios de apoyo, persisten importantes brechas en términos de cobertura, articulación intersectorial y adecuación de los recursos sociosanitarios (Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 2024). En este contexto, la atención primaria de salud se configura como un espacio estratégico para la detección precoz, la intervención oportuna y el acompañamiento continuo, tanto de la persona con diagnóstico de demencia como de su entorno familiar. El enfoque biopsicosocial que sustenta este nivel asistencial posibilita una comprensión integral de los procesos de salud, enfermedad y cuidado, facilitando intervenciones más contextualizadas, eficaces y sostenibles (Engel, 1977).

Desde este enfoque, el presente artículo tiene como objetivo examinar la situación de las familias cuidadoras de personas con DCL, identificando sus principales necesidades y visibilizando el papel estratégico que el Trabajo Social Sanitario puede desempeñar en el ámbito de la atención primaria. A tal efecto, se presenta una propuesta de intervención orientada al fortalecimiento de estas unidades cuidadoras, basada en un enfoque profesional integral que

articula el acompañamiento emocional, la orientación psicosocial y la vinculación con redes y recursos comunitarios.

2. DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Las enfermedades neurodegenerativas representan uno de los mayores retos sanitarios y sociales en las sociedades envejecidas, al provocar un deterioro progresivo e irreversible del sistema nervioso central. Estas patologías minan gravemente la autonomía y calidad de vida, afectando múltiples funciones cognitivas, motoras y conductuales (Malta, 2024). Dentro de este complejo panorama, la DCL emerge como una entidad clínica altamente desafiante y subdiagnosticada, cuya prevalencia y severo impacto en pacientes y familias permanecen invisibilizados, demandando una atención urgente y especializada.

La DCL es una enfermedad neurodegenerativa progresiva caracterizada por la acumulación anómala de alfa-sinucleína en forma de cuerpos de Lewy, que afectan regiones cerebrales clave para la memoria, el pensamiento, la percepción y el control motor (Demey y Allegri, 2008). Como tercera causa más común de demencia en España, la DCL representa entre el 10 y el 20% de los casos, con más de 100.000 personas afectadas (Pérez, 2025), evidenciando un desafío sociosanitario significativo que exige mayor visibilidad, diagnóstico temprano y abordaje especializado.

La DCL afecta principalmente a personas mayores de 60 años, con mayor prevalencia en hombres. Su sintomatología, que combina características del Alzheimer y el Parkinson, sitúa a esta enfermedad en un lugar clínico intermedio. Frecuentemente, el síndrome parkinsoniano precede al deterioro cognitivo, ofreciendo claves diagnósticas importantes (Demey y Allegri, 2008). No obstante, la complejidad y la naturaleza fluctuante de sus síntomas dificultan un diagnóstico temprano, lo que genera errores de identificación y retrasos en el acceso a tratamientos y apoyos fundamentales (Toro, 2010), impactando negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En las fases iniciales los síntomas conductuales y cambios abruptos en la personalidad suelen predominar por encima de la pérdida de memoria, constituyendo indicadores clínicos tempranos de la enfermedad. Manifestaciones como confusión, lenguaje incoherente, retraimiento social y conductas atípicas son frecuentemente identificadas por los/as cuidadores/as, quienes actúan como observadores primarios de alteraciones significativas en el comportamiento del paciente (Parra-Rizo y Sanchís, 2022). Estas alteraciones no solo provocan un impacto emocional considerable, sino que también desestabilizan la dinámica familiar y la organización cotidiana, subrayando la necesidad de intervenciones psicosociales tempranas y especializadas.

Desde una perspectiva clínica, se caracteriza por una elevada carga neuropsiquiátrica y conductual. Son comunes las alucinaciones visuales complejas, delirios paranoides, episodios de agitación psicomotora, conductas agresivas y trastornos del estado de ánimo como depresión y apatía (Heerema, 2024). En estudios cualitativos, personas cuidadoras reportan experiencias significativas que ilustran el impacto de estos síntomas. Por ejemplo, Canino y Melián (2024) documentan el caso de un paciente que interactuaba con fotografías familiares, creyendo que representaban personas reales, situación que llevó a la familia a retirar los retratos. Estos episodios generan un alto grado de malestar emocional, desorganizan la dinámica familiar y deterioran las relaciones afectivas.

Los trastornos del sueño asociados DCL, como el trastorno de conducta del sueño REM y la somnolencia diurna excesiva, impactan severamente el descanso del paciente y su entorno familiar (Toro, 2010). Paralelamente, los síntomas motores —aunque menos evidentes que en el Parkinson— provocan rigidez, inestabilidad postural y caídas frecuentes, complicando la movilidad. Esta combinación de síntomas y su rápida progresión transforman profundamente la vida del paciente y reconfiguran la dinámica familiar. La persona cuidadora informal, usualmente un familiar cercano, asume un rol central en la gestión integral del cuidado, abarcando supervisión médica, soporte emocional y atención física (Canino y Melián, 2024). Esta responsabilidad, ejercida sin preparación ni apoyo profesional, genera una sobrecarga persistente que compromete la salud física y mental del/a cuidador/a, además de afectar su red social y situación laboral.

Los testimonios recogidos por López (2024) evidencian cómo los episodios de violencia y agresividad asociados a la DCL llevan a muchas familias a considerar la institucionalización como única alternativa viable. Esta realidad subraya la imperiosa necesidad de intervenciones especializadas desde los servicios sociosanitarios que integren un abordaje centrado tanto en el paciente como en su entorno cuidador.

La ausencia de apoyo estructurado y recursos accesibles genera en las familias una profunda sensación de incertidumbre e inseguridad, especialmente al enfrentarse a decisiones complejas sin la debida orientación profesional (Vildorreta y Rubio, 2024). Por ello, la DCL exige una atención integral que trascienda la clínica, reconociendo el impacto devastador en las familias cuidadoras y la urgencia de implementar dispositivos de acompañamiento, formación y soporte emocional desde las primeras etapas del diagnóstico.

La DCL representa una entidad neurodegenerativa única, cuya rápida y multifacética progresión desafía los modelos tradicionales de atención sociosanitaria. Su complejidad clínica e imprevisibilidad demandan urgentemente respuestas sociosanitarias integradas, que reconozcan y aborden de manera simultánea las necesidades del paciente y de su red cuidadora. En este contexto, la atención primaria emerge como el pilar estratégico indispensable; su cercanía, continuidad y enfoque integral la convierten en el espacio idóneo para desplegar intervenciones tempranas, interdisciplinarias y sostenibles, capaces de transformar el curso de esta enfermedad y mejorar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen y de sus familias.

3. EL CUIDADO FAMILIAR EN LA ACTUALIDAD

En las últimas décadas, los cambios sociodemográficos acaecidos en España han reconfigurado de manera significativa las dinámicas del cuidado informal en el ámbito familiar. Este tipo de atención, caracterizado por ser prestado por personas no profesionales —generalmente miembros del entorno cercano— a personas con algún grado de dependencia, se engloba bajo la noción de cuidados informales (Masana, 2017). En este marco, el concepto de dependencia adquiere una relevancia fundamental, al constituir el eje central desde el cual se articula la necesidad de una atención prolongada y continuada. Conforme a la definición propuesta por el Consejo de Europa, citada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), la dependencia se entiende como «el estado en el que las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida» (p. 4).

A diferencia del cuidado profesional, el cuidado informal se caracteriza por la ausencia de una contraprestación económica directa. De acuerdo con datos de la Comisión Europea y el Comité de Protección Social (2021), entre el 12 y el 18% de la población de la Unión Europea, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, proporciona cuidados informales de larga duración. Esta situación adquiere especial relevancia en el contexto de enfermedades neurodegenerativas como la DCL, en las que el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, conductuales y motoras incrementa sustancialmente el nivel de dependencia del paciente (Calvo, 2024). La naturaleza fluctuante de los síntomas, así como la pérdida gradual de autonomía funcional, demandan una supervisión continua que, en la mayoría de los casos, recae sobre familiares carentes de formación asistencial especializada (Montero, 2024).

Aunque tradicionalmente el modelo de cuidados en España se ha sustentado sobre una lógica familista, basada en la responsabilidad casi exclusiva del entorno familiar en la provisión de atención, en la actualidad dicho esquema se encuentra profundamente tensionado. Factores estructurales como el envejecimiento progresivo de la población cuidadora, la baja tasa de fecundidad, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y la transformación de los modelos de convivencia y composición familiar han debilitado su sostenibilidad (Rodríguez, 2011). Como respuesta institucional a esta crisis del modelo tradicional, en 2006 se promulgó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, concebida como el cuarto pilar del Estado de bienestar en España (Escudero, 2007).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, fue concebida como un instrumento normativo integral, orientado a garantizar el derecho subjetivo a la atención mediante una red coordinada de servicios y prestaciones económicas, adaptadas a las necesidades específicas de cada persona. No obstante, la aplicación efectiva de esta legislación ha sido objeto de numerosas críticas debido a deficiencias en su despliegue y gestión. Según datos de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2021), en España existían más de 1,5 millones de personas con reconocimiento oficial de dependencia. Sin embargo, más de 175.000 no recibían ningún tipo de prestación, y otras 131.810 permanecían en lista de espera para ser valoradas (García, 2023). Esta brecha en la cobertura no solo evidencia la saturación y lentitud del sistema, sino que impacta de forma especialmente severa a los hogares de clase media, que frecuentemente quedan excluidos del acceso a ayudas públicas y carecen de los recursos económicos necesarios para asumir el coste de cuidados privados.

En este marco, los Servicios Sociales han asumido una función institucional en la protección de las personas mayores. No obstante, la progresiva burocratización ha limitado su capacidad de intervención, y la dependencia de los presupuestos públicos ha generado restricciones de acceso y una creciente externalización de servicios, sobre todo en atención domiciliaria y residencias (Abreu, 2020).

Todo ello repercute directamente en las familias cuidadoras. El caso de la DCL muestra cómo la dependencia reconfigura la dinámica familiar, generando una implicación constante y elevadas cargas físicas, emocionales y económicas (Peña *et al*., 2016). Esta complejidad se acentúa cuando la persona cuidadora principal también pertenece a la población envejecida, como ocurre en muchas parejas mayores, generando una doble vulnerabilidad (Osorio-Parraguez *et al*., 2022).

La intensidad de la dependencia se asocia directamente con un incremento en la carga percibida por las personas cuidadoras (Piñeiro *et al.*, 2017). La ausencia de formación específica agrava esta carga, generando frustración e impotencia ante demandas asistenciales cada vez más complejas (Carretero *et al*., 2007). Este desgaste físico y emocional repercute tanto en la salud del/a cuidador/a como en la calidad del cuidado proporcionado (Espín, 2012). Comprender la dependencia como un factor estructural permite evidenciar las tensiones del modelo actual, que, a pesar del marco legal vigente, sigue delegando la responsabilidad del cuidado informal en las familias, sin una red de apoyo público suficiente.

Asimismo, cabe señalar que el peso fundamental de esta responsabilidad sigue recayendo en las mujeres; la feminización del cuidado es una realidad ampliamente documentada que conlleva serias consecuencias en otros ámbitos de la vida, como la salud física y emocional, la inserción laboral, la autonomía económica y la participación social.

Tabla 1. Necesidades de los/as cuidadores/as familiares

Ámbito	**Necesidades principales**	**Consecuencias si no se abordan**	**Referencias**
Salud física y emocional	Apoyo psicológico continuado, espacios de desahogo emocional, descanso adecuado, formación específica sobre la enfermedad, promoción del autocuidado y acceso a intervenciones preventivas para la salud del/a cuidador/a.	Aparición de síntomas de ansiedad, depresión, estrés crónico, insomnio, deterioro físico y emocional del/a cuidador/a.	Peña et al. (2016); Aragón (2016); Pérez-Cañaveras (2021)
Socioeconómico y laboral	Medidas efectivas de conciliación, ayudas económicas, apoyos fiscales, servicios públicos de cuidado domiciliario, y flexibilidad laboral.	Pérdida de empleo, reducción de ingresos, empobrecimiento del hogar, especialmente en mujeres, quienes siguen asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras.	Rodríguez (2022); INE (2022)
Familiar y relacional	Apoyo profesional para favorecer la corresponsabilidad familiar, servicios de respiro, acompañamiento social, fomento de redes de apoyo informal y comunitario.	Aislamiento, tensiones familiares, sobrecarga emocional de una sola persona cuidadora, desgaste de vínculos.	Romero et al. (2018); Cueli et al. (2022); Rodríguez (2013)

Reconocimiento social	Visibilización del rol cuidador en políticas públicas, inclusión en la planificación sociosanitaria, participación activa en la toma de decisiones.	Invisibilidad institucional, sentimiento de abandono, desvalorización del trabajo no remunerado del cuidado.	Durán (2015); Estrada (2020)
Atención primaria	Accesibilidad a información clara desde fases iniciales, seguimiento clínico y psicosocial, protocolos específicos para la DCL, formación a profesionales, coordinación con otros niveles asistenciales.	Falta de orientación, desamparo ante un diagnóstico complejo, aumento del estrés y de la sobrecarga, discontinuidad en los cuidados.	Díaz (2017); Abreu (2020); García (2019); Masana (2017); Nomen (2021)

4. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL NEUROLÓGICO

El Trabajo Social Sanitario surge a principios del siglo XX como disciplina vinculada al ámbito médico, con el objetivo de aportar una mirada psicosocial que complementara el diagnóstico clínico tradicional. Desde entonces, el Trabajo Social Sanitario ha evolucionado hacia una práctica integrada que conjuga dimensiones clínicas, sociales, familiares y comunitarias, entendiendo el binomio salud-enfermedad desde una lógica más compleja e interrelacional (Colom, 2009; Abreu y Mahtani, 2018).

Dentro de este ámbito más amplio, ha emergido recientemente el Trabajo Social Neurológico, como una especialización que atiende los procesos sociales derivados de enfermedades neurológicas crónicas, entre ellas las demencias. Tal como señala Aguilar y Olmedo (2022), el Trabajo Social Neurológico se configura como una especialización dentro del Trabajo Social Sanitario, orientada a abordar las complejas necesidades psicosociales de personas con patologías neurológicas y sus entornos familiares. El Trabajo Social Neurológico integra conocimientos clínicos y sociales para diseñar intervenciones específicas que mejoren la calidad de vida, fomenten la autonomía y fortalezcan las redes de apoyo, especialmente en contextos de enfermedades neurodegenerativas como la demencia con cuerpos de Lewy (Olmedo y Fernández, 2020). Esta autora establece aspectos como la definición de funciones, competencias y el perfil profesional del/a trabajador/a social en este contexto.

Tal como señalan Olmedo y Mielgo (2021), esta área requiere de una intervención que acompañe desde las primeras fases del diagnóstico, atendiendo a las repercusiones emocionales, familiares y sociales que genera el proceso neurodegenerativo. En el contexto de la atención primaria, el Trabajo Social Neurológico cobra especial relevancia como dispositivo de acogida inicial, facilitando la comprensión del diagnóstico, conteniendo emocionalmente a las familias y elaborando el diagnóstico social de cada caso.

El profesional de Trabajo Social Sanitario en este nivel actúa como agente de enlace entre el sistema sanitario y los servicios sociales, articulando recursos que favorecen la planificación anticipada de cuidados, la capacitación familiar y la inclusión en programas comunitarios de es-

timulación, soporte emocional o respiro (Abreu y Mahtani, 2018; Sempere, 2015). De forma específica, en el abordaje de las demencias, se desarrollan funciones como la escucha activa, la orientación sobre derechos y recursos, la identificación de riesgos sociales, y la construcción conjunta de estrategias que promuevan la autonomía y el mantenimiento del vínculo familiar (Olmedo y Mielgo, 2021).

La intervención no se limita al momento del diagnóstico, sino que exige un seguimiento continuado y flexible en función del avance de la enfermedad. Como señala Cañabate (2011), la evaluación periódica del entorno familiar permite adaptar las medidas de apoyo, detectar nuevas necesidades y ajustar los recursos disponibles, contribuyendo a la sostenibilidad del cuidado. Este acompañamiento se traduce en intervenciones centradas en la persona y su entorno, promoviendo una atención integral y coordinada.

No obstante, el ejercicio del Trabajo Social en este campo se enfrenta a numerosos retos. El incremento de los diagnósticos de demencia, sumado al envejecimiento poblacional y a la fragilidad de las estructuras familiares, ha desbordado los recursos asistenciales disponibles (Nomen, 2021). Esta situación genera respuestas fragmentadas, con escaso margen para la planificación y sin una coordinación interinstitucional efectiva (Pastor-Seller, 2021). A ello se suma la invisibilidad que aún sufre el rol del/a trabajador/a social en muchos equipos de atención primaria, lo que limita su capacidad de incidencia y liderazgo comunitario.

Ante las limitaciones del modelo actual, diversos/as autores/as destacan la urgencia de fortalecer el Trabajo Social Sanitario en el ámbito neurológico mediante intervenciones proactivas, sostenidas y altamente especializadas (Austral, 2022; Ramos-Feijóo y Francés, 2021). Esto exige consolidar un enfoque centrado en la persona, promover la formación continua en demencias, facilitar grupos psicoeducativos y establecer una coordinación efectiva con los servicios sociales y el tercer sector (Sempere, 2015). La intervención profesional debe iniciarse desde el diagnóstico, orientándose a acompañar a las familias, potenciar su participación y dotarlas de herramientas para afrontar con mayor eficacia la complejidad del cuidado cotidiano.

El Trabajo Social Neurológico en Atención Primaria constituye un eje estratégico para una atención integral, sostenida y centrada en la persona, especialmente en el abordaje de las demencias. Su presencia en los equipos de salud permite detectar precozmente riesgos sociales, coordinar el plan de cuidados, fortalecer a las familias cuidadoras y construir redes de apoyo adaptadas al curso clínico de la enfermedad. Como señalan Aguilar y Olmedo (2022), «la trabajadora social en atención primaria ocupa una posición clave para identificar las limitaciones sociales y familiares derivadas del impacto neurológico, siempre que cuente con formación específica en las dimensiones clínicas, personales y sociosanitarias de estas patologías» (p. 20).

5. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

5.1. Destinatarios/as del proyecto

Este proyecto se orienta a familias cuidadoras informales de personas con diagnóstico confirmado de DCL en fases iniciales. La intervención temprana permite establecer estrategias de cuidado saludables, fortalecer a la persona cuidadora principal y prevenir la sobrecarga antes del avance del deterioro. Podrán participar todos los miembros del entorno familiar que asuman funciones

de cuidado, sin distinción de edad, género o parentesco, siempre que exista un diagnóstico médico acreditado, lo que facilita la coordinación con los dispositivos asistenciales correspondientes.

Aunque no se establece un límite de edad para las personas cuidadoras, se reconoce que aquellos de edad avanzada presentan un mayor riesgo de deterioro físico y emocional. Por ello, el diseño del proyecto incluye medidas específicas de apoyo para este grupo, incorporando una perspectiva sensible a su vulnerabilidad (Cueli *et al*., 2022).

A pesar de la heterogeneidad en las estructuras familiares y las trayectorias del cuidado, se identifican factores comunes que demandan una intervención especializada: la elevada sobrecarga emocional derivada de la naturaleza fluctuante y los síntomas motores de la enfermedad, las dificultades persistentes para compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades vitales, y la escasa disponibilidad de apoyos formales e informales. Estos elementos configuran un contexto de alta complejidad que exige respuestas integrales, orientadas tanto a la persona diagnosticada como a quienes asumen su cuidado diario.

5.2. Objetivos del proyecto

El presente proyecto tiene como finalidad mejorar la atención integral a las familias cuidadoras de personas con DCL desde el ámbito del Trabajo Social Sanitario en atención primaria. Los objetivos han sido formulados para orientar la intervención desde una perspectiva interdisciplinar, preventiva y centrada en las necesidades reales del entorno familiar:

— *Objetivos generales*

- Mejorar el bienestar psicosocial de los/as cuidadores/as informales de personas con DCL.
- Fortalecer las relaciones intrafamiliares en el entorno cuidador.

— *Objetivos específicos*Capacitar a los/as cuidadores/as en conocimientos, técnicas y habilidades prácticas para un cuidado eficaz.

- Fomentar rutinas de autocuidado y hábitos saludables que favorezcan su salud física y mental.
- Promover el mantenimiento o la creación de vínculos sociales y afectivos.
- Facilitar el diálogo y la resolución de conflictos intrafamiliares.
- Ayudar a los/as cuidadores/as a identificar sus propias necesidades y recursos dentro de la dinámica familiar.
- Sensibilizar sobre el impacto de las normas sociales y culturales en el reparto de los cuidados.

5.3. Proceso de intervención

El proyecto se desarrolla en tres fases secuenciales, con un enfoque flexible que permite adaptarse a las necesidades particulares de cada familia cuidadora:

Fase I: Acogida y valoración inicial

La intervención se inicia tras la derivación desde el ámbito médico, una vez detectadas situaciones de sobrecarga en las personas cuidadoras. Se lleva a cabo una entrevista inicial junto con la elaboración de una ficha sociofamiliar que recoge aspectos clave como las dinámicas familiares, recursos de apoyo, intereses y preocupaciones. Este diagnóstico social facilita una comprensión profunda del contexto del cuidado y establece un vínculo de confianza fundamental. Asimismo, permite identificar fortalezas y carencias específicas, esenciales para diseñar una intervención personalizada, precisa y orientada a objetivos individualizados.

Fase II: Intervención y acompañamiento activo

Durante esta fase se desarrollan intervenciones grupales e individuales orientadas a robustecer el rol de la persona cuidadora, optimizar el afrontamiento emocional y promover prácticas efectivas de autocuidado. El programa integra grupos de apoyo psicosocial, talleres prácticos sobre técnicas de cuidado, sesiones formativas de autocuidado y asesoramiento en trámites administrativos. Todo ello bajo un enfoque sistémico y participativo, que potencia el intercambio de experiencias y la co-construcción de estrategias adaptativas. El seguimiento personalizado monitoriza la evolución de cada familia, brindando soporte en momentos críticos y consolidando avances, sin generar dependencia, sino fomentando la autonomía, con el centro de salud como eje central y referente en el proceso.

Fase III: Cierre y red de apoyo comunitario

Una vez finalizada la intervención activa, se inicia una desvinculación progresiva orientada a reforzar la autonomía de las familias y facilitar su conexión con recursos comunitarios o servicios especializados. Esta etapa consolida las competencias adquiridas y promueve redes de apoyo sostenibles. Se contempla también la posibilidad de mantener un contacto puntual ante situaciones de crisis o cambios relevantes. El cierre busca generar una sensación de continuidad y respaldo, transmitiendo confianza para afrontar las siguientes etapas del proceso de cuidado sin sentirse solas.

5.4. Actividades del proyecto

El proyecto se estructura a través de diversas actividades que responden a las necesidades específicas de las familias cuidadoras, promoviendo un acompañamiento integral y personalizado durante todo el proceso:

Seguimiento individualizado

Desde el inicio, la realización de entrevistas individuales con las familias cuidadoras se establece como una herramienta estratégica imprescindible para un seguimiento personalizado y efectivo.

Estas entrevistas acompañan a las familias desde el diagnóstico, un momento crítico marcado por la incertidumbre y la desorientación, proporcionando claridad sobre el proceso de dependencia, las ayudas disponibles y los recursos comunitarios. Además, ofrecen un espacio de escucha activa para identificar necesidades específicas y diseñar estrategias de afrontamiento adaptadas a cada realidad. En el marco del Trabajo Social Sanitario, estas entrevistas permiten evaluar la aplicación práctica de los contenidos formativos y medir su impacto en la dinámica familiar, consolidando aprendizajes y fortaleciendo las competencias de los/as cuidadores/as para afrontar con mayor resiliencia los retos del cuidado diario.

Grupo de apoyo

Se establece un grupo de apoyo psicosocial dirigido a cuidadores/as, diseñado para responder a las complejas necesidades emocionales, sociales y relacionales que surgen en el cuidado prolongado, especialmente frente a los desafiantes síntomas cognitivos, motores y conductuales propios de la DCL. Este espacio seguro y participativo, facilitado por profesionales especializados, promueve la libre expresión, el intercambio de experiencias y la co-construcción de estrategias de afrontamiento efectivas. Se abordan temáticas esenciales como la gestión emocional, el autocuidado físico, la preservación de actividades recreativas y la gestión del rol cuidador, integrando elementos clave como la resiliencia, la autoestima y la reflexión crítica sobre la carga mental y física del cuidado, así como el impacto de las dinámicas de género en la distribución de responsabilidades. Según García-Peña *et al*. (2022) y Orfila *et al*. (2023), estos grupos legitiman las emociones, reducen el aislamiento percibido y fomentan la adquisición de estrategias saludables que fortalecen el bienestar integral del cuidador/a.

Formando para transformar

A lo largo del proyecto, se desarrollan sesiones formativas prácticas diseñadas para potenciar las competencias técnicas y emocionales de los/as cuidadores/as en el manejo cotidiano. Estas capacitaciones integran conocimientos teóricos y habilidades aplicadas sobre la evolución de la dependencia, técnicas seguras de movilización, cuidados higiénicos, prevención de úlceras por presión, administración de medicación y nutrición, así como la identificación temprana de signos de alarma y manejo del dolor. Además, se incluye el abordaje del estrés emocional y las alteraciones conductuales, dotando a los/as cuidadores/as de herramientas efectivas para gestionar situaciones complejas y promover su autocuidado y resiliencia.

Gestionando contigo

Esta actividad proporciona una orientación exhaustiva sobre los recursos y servicios públicos disponibles, incluyendo atención domiciliaria, centros de día, servicios residenciales y prestaciones económicas para cuidadores/as. Las sesiones se centran en clarificar procedimientos, plazos y requisitos documentales, abordando también las barreras derivadas de la digitalización de los trámites. Se fomenta el intercambio de experiencias entre familias, facilitando la identificación de obstáculos y la generación de estrategias colectivas que fortalecen la autonomía en la gestión de recursos. Asimismo, se ofrece un acompañamiento individualizado para resolver dudas puntuales y garantizar un seguimiento eficaz de los procesos administrativos.

Reencuentro grupal

Al concluir el programa, se convoca un reencuentro grupal que fortalece la continuidad del vínculo entre cuidadores/as y consolida el apoyo mutuo generado durante la intervención. Este espacio permite evaluar el impacto real del programa en la vida diaria, reconocer avances, detectar nuevas necesidades y mitigar la sensación de abandono tras su finalización. Posteriormente, se implementan sesiones de seguimiento trimestrales durante un año, garantizando un acompañamiento sostenido que facilita la transición progresiva hacia recursos comunitarios y redes informales de apoyo.

Grupo de WhatsApp

Como complemento, se crea un grupo de *WhatsApp* exclusivo para los/as participantes, gestionado desde el centro y moderado por el equipo de Trabajo Social. Este canal permite una comunicación ágil para la coordinación organizativa, la resolución inmediata de dudas y el fortalecimiento del apoyo mutuo, contribuyendo a la cohesión grupal más allá de los encuentros presenciales. Se establecen normas claras para evitar la saturación y asegurar un uso eficiente y respetuoso. Esta herramienta digital responde a la necesidad de adaptar la intervención a los canales actuales de comunicación, reforzando la continuidad y calidad de la atención profesional a lo largo de todo el proceso.

5.5. Plan operativo de ejecución

El proyecto tiene una duración total de un año natural y se articula en una única edición de intervención grupal con seguimiento prolongado. La primera mitad del año estará centrada en el desarrollo de talleres formativos y espacios grupales de apoyo, mientras que la segunda se dedicará al reencuentro grupal y al seguimiento individualizado de las familias participantes.

La planificación contempla una primera fase intensiva de cinco meses de duración, en la que se concentran las actividades grupales: seguimiento individualizado inicial, grupo de apoyo psicosocial, sesiones formativas («Formando para transformar») y talleres de orientación sobre recursos («Gestionando contigo»). Esta primera fase se considera fundamental para fortalecer habilidades de cuidado, generar red entre las personas participantes y abordar las emociones vinculadas al inicio del proceso de dependencia.

La segunda fase, de otros cinco meses de duración, se orienta al seguimiento individualizado y a los encuentros periódicos con los grupos ya constituidos, con el objetivo de mantener el acompañamiento, reforzar los contenidos trabajados y detectar nuevas necesidades. Esta fase incorpora un enfoque más flexible y ajustado, permitiendo acompañar posibles cambios en la situación familiar y promover la continuidad en los procesos de cuidado.

Además, a lo largo de todo el año se mantendrá un canal de comunicación directa mediante *WhatsApp*, gestionado por el equipo de Trabajo Social, que facilitará tanto la resolución de dudas como la organización logística de las sesiones.

Esta planificación responde a la voluntad de ofrecer un programa equilibrado, riguroso y accesible, en el que se combine la profundidad de los contenidos con una temporalidad realista.

5.6. Participantes y criterios de inclusión

El programa está dirigido a personas cuidadoras principales o significativamente implicadas en el cuidado de personas con DCL. Se conformará un único grupo con un máximo de 10 participantes, a fin de garantizar una atención personalizada, una adecuada dinámica grupal y un entorno de confianza que favorezca el intercambio de experiencias.

Los criterios de inclusión contemplan:

- Ser cuidador/a principal o implicado/a en el cuidado de una persona con demencia con cuerpos de Lewy.
- Presentar sobrecarga física, emocional o social, aunque no exista necesariamente un diagnóstico clínico.
- Experimentar dificultades en áreas como la salud, la economía, las relaciones familiares, el aislamiento y/o la falta de apoyos.
- Contar con cierta disponibilidad para participar activamente en las actividades propuestas.

5.7. Equipo profesional interdisciplinar

El proyecto se sustenta en un equipo interdisciplinar compuesto por ocho profesionales de los ámbitos sanitario y psicosocial, cuya coordinación garantiza una atención integral y ajustada a las necesidades de las personas cuidadoras.

El Trabajo Social Sanitario desempeña un rol fundamental en la planificación, seguimiento y evaluación del programa, con un/a profesional responsable de la coordinación general. Este/a profesional realiza valoraciones sociales, identifica situaciones de vulnerabilidad y brinda acompañamiento tanto individual como grupal, promoviendo la autonomía y facilitando el acceso a recursos.

El equipo médico participa activamente en las sesiones formativas, aportando información precisa sobre la enfermedad y los cuidados desde una perspectiva educativa y humanizada.

Los/as psicólogos/as lideran los grupos de apoyo emocional, fomentando el autocuidado, la regulación emocional y la construcción de redes de soporte entre familias, además de intervenir en casos individuales con riesgo emocional.

Por su parte, enfermería conduce talleres prácticos sobre cuidados básicos mediante metodologías participativas y colabora en el acompañamiento emocional, así como en sesiones conjuntas con otros profesionales para ofrecer una atención holística y coordinada.

6. CONCLUSIONES

La implementación de este proyecto representa un avance decisivo en el abordaje integral de las necesidades de las personas cuidadoras de familiares con DCL, poniendo un énfasis crucial

en la etapa del diagnóstico, una fase frecuentemente invisibilizada dentro del sistema sanitario. Al intervenir desde los primeros momentos del proceso, el proyecto busca no solo mitigar la sobrecarga emocional y funcional de los/as cuidadores/as, sino también fomentar el desarrollo de estrategias de acompañamiento sostenibles y adaptadas desde la atención primaria.

Este enfoque centrado en el/la cuidador/a principal reconoce su papel vital en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida del núcleo familiar. Contrariamente a los modelos tradicionales enfocados exclusivamente en la persona diagnosticada, esta iniciativa ofrece una perspectiva integral que visibiliza el impacto profundo que la demencia genera en el entorno familiar, promoviendo respuestas específicas, contextualizadas y duraderas que fortalecen la resiliencia y el bienestar colectivo.

Se resalta el papel crucial del Trabajo Social Sanitario como disciplina fundamental para integrar la dimensión social, familiar y comunitaria en los procesos de salud-enfermedad. Esta perspectiva es indispensable para comprender la complejidad de las variables que condicionan el cuidado, y para diseñar intervenciones más efectivas, humanizadas y contextualizadas.

Los centros de salud emergen como espacios estratégicos para la implementación de acciones de prevención, formación y acompañamiento. Ante el reto del envejecimiento poblacional y el incremento de la dependencia, resulta imperativo replantear el modelo vigente de cuidados, incorporando de manera decidida a las familias, reconociendo su carga, sus limitaciones y su derecho legítimo al acompañamiento. Este proyecto se posiciona en consonancia con estas demandas, promoviendo un enfoque comunitario, multidisciplinar y centrado en la persona cuidadora, que se erige como eje fundamental en la atención sociosanitaria contemporánea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. (2020). Atención social a personas con demencia en centros de salud: Entre la invisibilidad y la urgencia. *Revista Trabajo Social Hoy*, 89, 22-34.

Abreu, M. C., y Mahtani, F. (2018). *Trabajo Social Sanitario: Fundamentos profesionales y prácticos*. Alianza Editorial.

Aguilar, M. J., y Olmedo, V. (eds.) (2022). *Guía práctica de Trabajo Social Neurológico*. Ediciones de la Universidad de Castilla y La Mancha. https://doi.org/10.18239/atenea_2022.36.00

Alzheimer Europe. (2023). *Lewy body dementia: Diagnosis, treatment and care*. https://www.alzheimer-europe.org

Aragón, M. (2016). *Cuidar sin dejar de cuidarse*. Asociación Española de Trabajo Social Sanitario.

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *Más de 1,5 millones de personas con dependencia reconocida en España.* [Nota informativa]. https://www.directoressociales.com/mas-de-15-millones-de-personas-con-dependencia-reconocida-en-espana/

Austral, P. (2022). Trabajo Social y demencias: Propuestas desde la práctica interdisciplinar. *Revista Trabajo Social Hoy*, 97, 30-41.

Calvo, F. (2024). Desgaste emocional y resiliencia en cuidadores informales. *Psicogeriatría Clínica*, *40*(1), 33-45.

Cañabate, M. J. (2011). La intervención del trabajador social en el seguimiento de los pacientes con demencia. *Trabajo Social y Salud*, 69, 23-30.

Carretero, S., Garcés, J., y Ródenas, F. (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(8), 738-749. https://doi.org/10.1002/gps.1733

Colom, J. (2009). *Trabajo Social Sanitario: Historia, modelo y competencias*. Documentos Técnicos de Trabajo Social Sanitario, 1. Generalitat de Catalunya.

Comisión Europea y Comité de Protección Social (2021). *Principales conclusiones sobre los cuidados de larga duración en la Unión Europea.* [Informe técnico ST-9144-2021-INIT]. Consejo de la Unión Europea. https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9144-2021-INIT/es/pdf

Cueli, R., Díaz-Carral, A., y García-Portilla, M. P. (2022). Perfil y necesidades de los cuidadores mayores en demencia: Una revisión narrativa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *57*(2), 78-85.

Demey, D., y Allegri, R. (2008). Demencia con cuerpos de Lewy: Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Revista Neurológica Argentina*, *30*(1), 14-21.

Díaz, E. (2017). La atención primaria y el cuidado de personas con demencia: ¿Un modelo en declive? *Gerokomos*, *28*(2), 65-71.

Durán, M. A. (2015). *El trabajo del cuidado en Europa: Contextos y experiencias*. Fundación BBVA.

Elizalde, P. (2020). El coste emocional del cuidado en el entorno familiar. *Trabajo Social Hoy*, 92, 45-57.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Escudero, R. (2007). Sobre la sobrecarga del cuidador informal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *42*(3), 133-139.

Espín, F. (2012). Las redes familiares en el cuidado de personas dependientes. *Documentación Social*, 166, 47-66.

Estrada, A. (2020). Los cuidados familiares en el marco del sistema de dependencia español. *e-Revista Internacional de la Protección Social, 5*(1), 198-214. https://doi.org/10.12795/e-RIPS.2020.i01.10

Fundación Pilares para la Autonomía Personal (2024). *Evolución de los cuidados familiares a las personas mayores en España.* [Informe técnico]. https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2024/12/ESTUDIO_8_DIGITAL.pdf

García, E. (2019). El papel de los centros de salud en el apoyo a familias cuidadoras. *Trabajo Social y Salud*, 35, 19-29.

García, M. (2023). *Afrontamiento y acompañamiento en enfermedades neurodegenerativas*. Ediciones Trabajo Social Sanitario.

García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., y Pérez-Zepeda, M. U. (2022). Intervenciones psicosociales para cuidadores de personas con demencia: Evidencia y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e58. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.58

Heerema, R. (2024). *Signs and symptoms of Lewy body dementia*. https://www.verywellhealth.com

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

López, A. (2024). Deterioro cognitivo y acompañamiento social. *Boletín de Psicogerontología*, *15*(1), 20-31.

Malta, A. (2024). Resiliencia y apoyos comunitarios en el entorno del cuidado informal. *Intervención Psicosocial*, *33*(2), 113-124.

Masana, M. (2017). Impacto emocional del diagnóstico de demencia en la familia cuidadora. *Revista Española de Geriatría*, *52*(4), 186-190.

Mayo Clinic. (s.f.). *Demencia con cuerpos de Lewy. Síntomas y causas*. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/lewy-body-dementia/symptoms-causes/syc-20352025

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*.

Montero, L. (2024). Entornos comunitarios y redes de apoyo al cuidado familiar. *Trabajo Social y Comunidad*, 41, 61-72.

Nomen, L. (2021). La nueva normalidad y los futuros escenarios en Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social,* 1, 55-61. https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32432

Olmedo, V., y Fernández, S. (2020). Las 4 «q» del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué. *Documentos de Trabajo Social*, 63, 7-28. https://doi.org/10.24310/dts.63.2020.21619

Olmedo, V.; y Mielgo, E. (2021). Trabajo Social Neurológico: intervención social con pacientes con Alzheimer. *Trabajo Social Hoy*, 92, 101123. DOI: 10.12960/TSH.2021.0005.

Orfila, F., Coma-Solé, M., Cegri-Lombardo, F., y Aranda-Reneo, I. (2023). Apoyo grupal y bienestar en cuidadores informales de personas con demencia: Un estudio cualitativo. *Gaceta Sanitaria*, *37*(1), 45-50. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.10.003

Organización Panamericana de la Salud (2022). *Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/57049

Osorio-Parraguez, R., Troncoso-Pantoja, C., Barría, R., y Cid-Henríquez, P. (2022). Cuidadores informales de personas con demencia: Desafíos psicosociales y demandas de apoyo. *Revista Médica de Chile*, *150*(7), 1165-1174.

Parra-Rizo, M. A., y Sanchís, G. (2022). Salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología de la Salud, 10*(1). https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.810

Pastor-Seller, E. (2021). Fragmentación y coordinación en los servicios sociosanitarios: un reto pendiente. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 126, 85-101.

Peña, L., Cano, J. F., y Jiménez, A. (2016). Carga emocional y estrés en cuidadores informales de personas con demencia. *Enfermería Clínica*, *26*(4), 234-240.

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*(3), 100. https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.212541

Pérez, C. (2025). Relación de cuidados y calidad de vida en demencia: una revisión desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social y Salud*, *36*(1), 11-26.

Pérez-Cañaveras, R. M., y Vizcaya-Moreno, M. F. (eds.) (2021). *MiCare: Migrant Training in Caregiving. Research Reports*. http://hdl.handle.net/10045/115326

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), 185. https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75

Ramos-Feijóo, C., y Francés, F. (2021). *Participación en los procesos de cuidados desde el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP)*. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante.

Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 29*(1), 13-42. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.1

Rodríguez, P. (2013). *Modelos de atención sociosanitaria en personas mayores dependientes*. Editorial Síntesis.

Rodríguez, O. (2022). Conciliación y cuidado: El desafío pendiente en España. *Fundación Alternativas*.

Romero, S., Martínez, M., y De Miguel, F. (2018). Impacto relacional del cuidado familiar: Aislamiento y conflictos. *Psicología y Salud*, *28*(3), 243-251.

Sempere, J. (2015). Atención Primaria y Trabajo Social Sanitario: Experiencias desde la práctica. *Revista Trabajo Social y Salud*, 28, 31-40.

Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. P., y Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI* (Colección Estudios Sociales, núm. 28). Fundación «la Caixa». https://hdl.handle.net/10016/14615

Toro, J. (2010). Demencia con Cuerpos de Lewy. *Acta Neurol Colomb*, 26, 78-80.

Vildorreta, I., y Rubio, A. (2024). *Consecuencias del apoyo y acompañamiento en las familias de personas con problemas de salud mental*. EDE Fundazioa. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9991240

TRABAJO SOCIAL HOY 104. 2025. 2º semestre

Presentación I Presentation — 5

Artículos I Articles

Familias y profesorado ante el consumo de pornografía en jóvenes y adolescentes: análisis de discursos y relevancia para el Trabajo Social
Families and teachers facing the consumption of pornography in youth and adolescents: an analysis of discourses and relevance for Social Work
Cristian Díaz Hernández, Esther Torrado Martín-Palomino y Josué Gutiérrez Barroso — 7-21

Propuesta de codificación diagnóstica para Trabajadoras/es Sociales Sanitarios
Proposal for diagnostic coding for health Care Social Workers
Francisca Rodríguez Almodóvar, Agustina Crespo Valencia, Pilar Gómez Viejo, Rosa Gutiérrez Barreno, Leta Loro Navarro, Esther Martín Susilla y Adela Ortega Ortega — 23-44

Condiciones laborales de las Trabajadoras Sociales Sanitarias en Galicia: impacto del SAAD en el área sanitaria de Coruña y CEE
Working conditions of Health Social Workers In Galicia: impact of the system for autonomy and dependency care in the health area of a Coruña and CEE
Andrea Moreno-Rodríguez, Rubén González-Rodríguez y Breogán Riobóo-Lois — 45-59

De la teoría a la práctica: analizando el potencial de transferibilidad de proyectos de innovación social en servicios sociales
From theory to practice: analyzing the transferability potential of social innovation projects in social services
Luna del Alba Anillo Pérez, Elena Ferri Fuentevilla y Susana Martí García — 61-83

La maternidad soltera en Marruecos: análisis del modelo de empoderamiento de 100% MAMANS
Single motherhood in Morocco: analysis of the 100% MAMANS empowerment model
Mohammed Haouari — 85-99

Atención a la depresión posparto y prevención del suicidio materno: retos, limitaciones y oportunidades desde el Trabajo Social
Addressing postpartum depression and preventing maternal suicide: challenges, limitations, and opportunities from a Social Work perspective
Sergio Capella Castillo y Salomé Ramírez Gil — 101-117

Sexualidad como moneda de cambio: dinámicas transaccionales en el entorno penitenciario
Sexuality as currency exchange: transactional dynamics in the prison environment
Vera Méndez Monleón y Joan Albert Riera Adrover — 119-134

Trabajo social ante la crisis climática: análisis teórico del impacto del calor extremo en las personas mayores
Social work facing the climate crisis: a theoretical analysis of the impact of extreme heat on older adults
Pablo De Gea-Grela — 135-151

Salud reproductiva de mujeres africanas en situación de protección internacional: estudio de caso
Reproductive health of african women in international protection: case study
Daniela Marín Román y Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño — 153-175

Tejiendo redes de cuidado: intervención desde el Trabajo Social Sanitario con familias cuidadoras de personas con demencia con cuerpos de Lewy
Weaving care networks: intervention from health social work with families caregivers of people with Lewy bodies dementia
Carla Galán García y Verónica Olmedo Vega — 177-194

Dialnet latindex PSICODOC ISOC COMPLUDOC MIAR 2016 Live Google ERIHPLUS REDIB

madrid colegio oficial trabajo social

crossref