

AI
SI

ACCIONES

e INVESTIGACIONES SOCIALES

N.º 42, DICIEMBRE 2021, ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

- M1. *Vulnerabilidad social y riesgo sanitario. Análisis en contextos agrícolas con diversidad cultural.*
Manuel Hernández Pedreño
Eduardo Romero Sánchez
Francisco Eduardo Haz Gómez
Olga García Luque
- M2. *Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental.*
Manuel Torres Cubeiro
- M3. *Desigualdad alimentaria en adolescentes: una revisión de la literatura científica.*
Jesús Rivera Navarro
- M4. *El impacto sobre la actividad de las entidades de afectados y familiares de enfermedades raras durante el confinamiento por COVID-19 en España.*
José Manuel Guerra
Gema Esteban-Bueno
Juan R. Coca
- M5. *Tiempos de pandemia: el podcast y la participación como herramienta de encuentro y salud intergeneracional.*
Lidia Sanz Molina
Susana Gómez Redondo
Elena Jiménez García
- M6. *El “malestar” que no tiene nombre: Investigadoras en tiempos de Covid19.*
Águeda Gómez Suárez
Iria Vázquez Silva
1. *El comportamiento preventivo de la juventud ante la Covid-19.*
Rafael Arredondo Quijada
Ana Cristina Ruiz Mosquera
Sara Olivares Álvarez
 2. *Las emergencias y urgencias sociales desde los Servicios Sociales: el papel del Trabajo Social.*
Sandra Romero-Martín
Elisa Esteban-Carbonell
María del Mar Del Rincón Ruiz
 3. *Presión hacia el éxito deportivo. Un análisis empírico sobre el proceso causal que empuja a los deportistas a la infracción de las normas.*
Marco Teijón Alcalá
 4. *Personas sin techo y espacio público. Un estudio de caso de la ciudad de Alcalá de Henares.*
María José Rubio-Martín

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Chaime Marcuello Servós
María Mar del Rincón Ruiz
Jesús Gracia Ostáriz
Josefina Murillo Luna

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Luis Argudo Pérez. Universidad de Zaragoza
Tomasa Bañez Tello. Universidad de Barcelona
Esther Casares García. Universidad Pública de Navarra
Chaime Marcuello Servós. Universidad de Zaragoza
María Mar del Rincón. Universidad de Zaragoza
Jesús Gracia Ostáriz. Universidad de Zaragoza

José Manuel Lasiera Esteban. Universidad de Zaragoza
Josefina Murillo Luna. Universidad de Zaragoza
Enrique Pastor Seller. Universidad de Murcia
José Luis Sarasola-Sánchez Serrano. Universidad
de Sevilla
Pablo de Olavide de Sevilla
Beatriz Setuain Mendía. Universidad de Zaragoza

CONSEJO ASESOR

Julio Argueta Jaén. UNAN-León (Nicaragua)
José Enrique Alonso Benito. Universidad Autónoma de Madrid
Francisco Branco. Universidad de Lisboa
José Ramón Bueno Abad. Universidad de Valencia
Alfonso Cano López. Universidad de Alicante
Javier Delgado-Ceballos. Universidad de Granada
Gerardo Fugí Gambero. Universidad Nacional Autónoma de
México
Eduardo González Fidalgo. Universidad de Oviedo
Leonor González Menorca. Universidad de La Rioja
Ana Guil Bozal. Universidad de Sevilla
Viviana Ibáñez. Universidad de Mar del Plata (Argentina)

Miguel Martínez Lucio. Universidad de Manchester (Reino Unido)
Miguel Laparra Navarro. Universidad Pública de Navarra
Purificación Mayobre Rodríguez. Universidad de Vigo
Luis Nogués Sáez. Universidad Complutense de Madrid
Joan Pallarés Gómez. Universitat de Lleida
Xavier Pelegrí Víaña. Universitat de Lleida
Enrique Raya Lozano. Universidad de Granada
Santos Ruesga Benito. Universidad Autónoma de Madrid
Bibiana Travi. Universidad de Luján (Argentina)
M^o Jesús Úriz Pemán. Universidad Pública de Navarra
Octavio Vázquez Aguado. Universidad de Huelva

EDITA

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Este número ha sido cofinanciado por el Vicerrectorado de Política Científica, con cargo a la convocatoria de ayudas para la edición de revistas científicas 2020.

REDACCIÓN, SUSCRIPCIONES Y SERVICIO DE CANJE

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
C/ Violante de Hungría, 23
50009 ZARAGOZA
Tfno. 976 761000, ext. 4516
Fax 976 761029
E-mail: ais@unizar.es

IMPRIME

GAMBÓN, S.A.
2021 / n^o 42

ISSN: 1132-192X; ISSN: 2340-4507 (versión electrónica)

Deposito Legal: Z-2935-1991

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/23404507



1542



Acciones e Investigaciones Sociales está licenciado bajo la Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0

M1: Vulnerabilidad social y riesgo sanitario. Análisis en contextos agrícolas con diversidad cultural.

Manuel Hernández Pedreño
 Eduardo Romero Sánchez
 Francisco Eduardo Haz Gómez
 Olga García Luque..... 13-42

M2: Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental.

Manuel Torres Cubeiro..... 43-75

M3: Desigualdad alimentaria en adolescentes: una revisión de la literatura científica.

Jesús Rivera Navarro..... 77-94

M4: El impacto sobre la actividad de las entidades de afectados y familiares de enfermedades raras durante el confinamiento por COVID-19 en España.

José Manuel Guerra
 Gema Esteban-Bueno
 Juan R. Coca..... 95-111

M5: Tiempos de pandemia: el podcast y la participación como herramienta de encuentro y salud intergeneracional.

Lidia Sanz Molina
 Susana Gómez Redondo
 Elena Jiménez García 113-132

M6: El “malestar” que no tiene nombre: Investigadoras en tiempos de Covid19.

Águeda Gómez Suárez
 Iria Vázquez Silva..... 133-156

El comportamiento preventivo de la juventud ante la Covid-19.

| | |
|--|---------|
| Rafael Arredondo Quijada Ana Cristina Ruiz Mosquera Sara Olivares Álvarez..... | 159-183 |
|--|---------|

Las emergencias y urgencias sociales desde los Servicios Sociales: el papel del Trabajo Social.

| | |
|--|---------|
| Sandra Romero-Martín Elisa Esteban-Carbonell María del Mar Del Rincón Ruiz | 185-208 |
|--|---------|

Presión hacia el éxito deportivo. Un análisis empírico sobre el proceso causal que empuja a los deportistas a la infracción de las normas.

| | |
|--------------------------|---------|
| Marco Teijón Alcalá..... | 209-240 |
|--------------------------|---------|

Personas sin techo y espacio público. Un estudio de caso de la ciudad de Alcalá de Henares.

| | |
|-------------------------------|---------|
| María José Rubio-Martín | 241-263 |
|-------------------------------|---------|

Normas editoriales para la presentación de originales.

| | |
|-------|---------|
| | 265-272 |
|-------|---------|

Acciones e Investigaciones Sociales
 Versión electrónica / Digital Version
 eISSN: 2340-4507
<http://sociales.unizar.es/ais/presentacion>
<https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais>
 Acceso abierto a todos los contenidos de la revista
 Free access full journal

MONOGRÁFICO

SOCIOLOGÍA DE LA SALUD



Breve presentación: aproximaciones actuales a la sociología de la salud

Brief presentation: current approaches to the sociology of health

JUAN R. COCA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN SOCIAL EN SALUD Y
ENFERMEDADES RARAS

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

http://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426237

El mundo actual está repleto de riesgos generados, de un modo u otro, por los humanos. Pensemos en las guerras, en los artefactos bélicos, aunque también en muchos de los riesgos biológicos que nos afectan. Sin ningún lugar a dudas las investigaciones sociales necesitan tener voz en el ámbito de la salud; cada día más. Por eso es fundamental que los científicos sociales nos adentremos en este campo. Un campo, por otro lado, copado por científicos del ámbito biomédico que, como suele ocurrir, muestran discrepancias con la manera en que los científicos de otro ámbito cultural (como el de las ciencias sociales) se enfrentan a los problemas de salud.

La sociología de la salud parte de la idea previa que la sociedad es una entidad que está en constante construcción y evolución. En dicho proceso la enfermedad también se estructura como un fenómeno de carácter social (y,

por ende, diferente del concepto de patología). La enfermedad será, desde esta perspectiva, concebida como algo individual y colectivo. En este sentido, este fenómeno estará afectado por los imaginarios sociales dominantes. Además, también estructurará las relaciones humanas, puesto que (como ha mostrado la fenomenología y el interaccionismo simbólico) condiciona las relaciones intersubjetivas. Al adentrarnos en este ámbito de conocimiento nos podemos topar con los elementos clásicos de los estudios sociológicos: el poder, el estigma, el rechazo, etc.

La enfermedad mantiene una estrecha relación entre el mundo de la biomedicina y el mundo estrictamente social. Ambos están estructurados en función de mundos bien diferentes. El mundo de lo social está estructurado, como diría Luhmann, a través de procesos de carácter comunicativo. En cambio, el mundo de la biomedicina, como parte del mundo científico-tecnológico, se estructura en función del código verdad-no verdad. Este hecho genera choques permanentes cuando hay interacciones entre ambos. Dichos conflictos los podemos ejemplificar en las relaciones entre los profesionales de la medicina y los individuos. Durante muchos años se estudiaron estas relaciones. Uno de los análisis más reconocidos es que desarrolló Parsons a través de su planteamiento teórico y basado en su funcionalismo. A partir de ahí, las cosas han cambiado mucho.

La sociología de la salud se ha ido centrando más en las interacciones sociales y en las capacidades o limitaciones de los individuos con el objetivo último de promover la salud de los mismo. En este sentido, los estudios sociales sobre la salud podríamos llegar a definirlos como aquel tipo de investigación social de aquello que limita y promueve la salud. Por ello, tiene un objetivo claramente salutogénico y promotor de un sistema social con estas características.

El presente monográfico es un ejemplo de la manera en que las ciencias sociales se enfrentan a algunos de los retos actuales. Por supuesto, existen más enfoques de tipo cuantitativo y cualitativo. También podríamos haber incorporado otras perspectivas teóricas. Siempre tenemos la posibilidad de plantear enfoques diferentes, por supuesto. Me vienen a la cabeza aspectos tales como la epigenética, la proteómica o la sociología molecular (entre otros). Nuestra opción fue la de centrar nuestro interés en la sociología de la salud (y ámbitos afines) que hacemos en nuestro territorio.

Esperamos que este tipo de trabajos colaborativos ayuden a seguir fortaleciendo los estudios sociales de la salud y ayuden, incluso, a mejorar la comunicación entre diferentes disciplinas de áreas de conocimiento también distintas. De hecho, en el propio monográfico se dan cita trabajos de disparejos y enfoques también diferentes. Estoy seguro que el lector interesado disfrutará de su lectura. En este sentido, no me gusta plantear una

presentación como si fuera una exposición de los trabajos aceptados para su publicación. Prefiero optar por tomar la palabra para encaminar al lector a los excelentes trabajos que se dan cita en la prestigiosa revista *Acciones e investigaciones sociales*.

Finalizo este breve comentario, agradeciendo a Jesús Gracia y al consejo editorial de la revista, la confianza y la oportunidad brindada. También me gustaría agradecer a todos los revisores que, con suma eficacia y rapidez, han ayudado a mejorar todos los trabajos presentados para este monográfico. Sin la ayuda desinteresada de todos ellos hubiera sido imposible llegar a este momento.

MONOGRÁFICO 1.
Vulnerabilidad social y riesgo sanitario.
Análisis en contextos agrícolas con
diversidad cultural

MANUEL HERNÁNDEZ PEDREÑO

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA
<https://orcid.org/0000-0001-5243-0481>

EDUARDO ROMERO SÁNCHEZ

DEPARTAMENTO DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD DE MURCIA
<https://orcid.org/0000-0001-5090-0961>

FRANCISCO EDUARDO HAZ GÓMEZ

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA
<https://orcid.org/0000-0003-4400-3978>

OLGA GARCÍA LUQUE

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA. UNIVERSIDAD DE MURCIA
<http://orcid.org/0000-0002-5160-4272>

Resumen: Aunque existe un gran número de investigaciones que relacionan las condiciones sociales con los niveles de contagio de la enfermedad covid-19, apenas se han contextualizado en el ámbito agrícola. Dado este vacío,

el presente estudio profundiza en los determinantes sociales que repercuten en altas tasas de incidencia de la pandemia en un contexto laboral agrario, donde confluye una importante población inmigrante, como es el caso del municipio murciano de Totana. A partir de una metodología de investigación-acción se complementan fuentes de información secundarias (revisión de estudios y análisis estadístico de bases de datos), con tres fuentes primarias aplicadas a diferentes agentes sociales: a) encuesta, realizada a trabajadores de empresa hortofrutícola; b) entrevista en profundidad a representantes de hogares vulnerables; y c) grupo de discusión con profesionales de distintas áreas de intervención ante la emergencia sociosanitaria. Los resultados permiten vincular las condiciones sociales del municipio con los menores niveles de protección social y, por tanto, de prevención ante la pandemia. Mientras la población encuestada manifiesta un conocimiento medio-alto de los riesgos de la pandemia, en los colectivos más vulnerables se encuentran verdaderas limitaciones, derivadas de las deficientes condiciones sociolaborales y residenciales. Los profesionales destacan que la pandemia ha acentuado los riesgos sociales preexistentes, vinculados a la fuerte atracción de mano de obra estacional agrícola. El estudio verifica que la precariedad laboral y residencial de un elevado grupo de población local han incidido en sus mayores niveles de contagio, principalmente en la nacionalidad extranjera, que cuentan con menores recursos familiares y/o educativos.

Palabras clave: vulnerabilidad social, determinantes sociales, pandemia covid-19, inmigración, contexto agrícola, Totana (Región de Murcia).

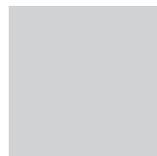
Social vulnerability and health risk. Analysis in agricultural contexts with cultural diversity

Abstract: Although there is a significant body of research associating levels of contagion of Covid-19 with certain social conditions, these have not been widely examined in agricultural contexts. In view of this gap, the aim of this study is to take a deep dive into the social factors impacting on high incidence rates of the pandemic among farm labourers. This situation is characterised by the convergence of significant numbers of immigrant residents, as is the case of Totana (a district in the region of Murcia). Using an action research methodology, secondary sources of information (study reviews and statistical analyses of databases) are complemented with three primary sources applied to various social agents: a) a questionnaire, administered to fruit and vegetable company workers; b) an in-depth interview

with representatives from vulnerable households; and c) a discussion group with professionals from various areas of intervention involved in tackling emergencies in a health and social care setting. The results allow the town's social conditions to be linked to the lowest levels of social protection against the pandemic, and hence prevention. While the population surveyed manifests a medium or high level of knowledge of the risks concerning the pandemic, in more vulnerable groups such knowledge is severely limited on account of the deficient social, work and living conditions. Professionals point out that the pandemic has highlighted pre-existing social risks linked to the significant attraction the región has for seasonal farmworkers. The study verifies the fact that the precariousness of work and living conditions of a large part of the local population has influenced their greater rates of contagion, this being most prevalent in foreign residents, who have poorer family and/or educational resources.

Key Words: Social vulnerability, social factors, Covid-19 pandemic, immigration, agricultural context, Totana (Murcia).

M1: Vulnerabilidad social y riesgo sanitario. Análisis en contextos agrícolas con diversidad cultural



Manuel
Hernández Pedreño

Eduardo
Romero Sánchez

Francisco Eduardo
Haz Gómez

Olga
García Luque

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426227

Recibido: 30/06/2021

Aceptado: 20/07/2021

Este trabajo procede de una investigación más amplia, financiada por el Servicio Murciano de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia: “Vulnerabilidad social y riesgo de propagación del covid-19 en Totana”. Se trata de una modalidad de investigación-acción realizada desde el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia e inserta en el proyecto comunitario del CORECAAS (Coordinación regional estratégica para la cronicidad avanzada y la atención sociosanitaria).

INTRODUCCIÓN

La pandemia ha originado una crisis económica y social, con un impacto sin precedentes a nivel mundial. Los brotes vinculados a contextos de precariedad laboral y habitacional ponen de manifiesto que la pandemia no afecta a todos los grupos de población por igual, mostrando la relación de interdependencia entre la pandemia y otros riesgos en las condiciones vitales. Esta conexión implica que las personas en situaciones de vulnerabilidad social suelen soportar también un mayor riesgo epidemiológico, por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos, o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena.

En suma, la crisis sanitaria de la covid-19 ha puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud, es decir, el contexto socioeconómico en el que las personas desarrollan su actividad cotidiana condiciona las posibilidades sociales y distribuye de manera desigual en la población las condiciones de salud.

En España, los niveles de contagio por autonomías fueron muy heterogéneos y variables durante el año 2020, encontrándose la Región de Murcia en una posición intermedia, aunque con elevadas tasas en algunos municipios, como es el caso de Totana. En esta localidad, se inicia en septiembre de 2020 un proyecto de intervención comunitaria promovido por el Servicio Murciano de Salud, en el que se inserta esta investigación.

El estudio comprende una amplia revisión de fuentes secundarias, fundamentalmente estudios sobre la incidencia y repercusiones de la enfermedad covid-19. Asimismo, cuenta con tres fuentes de información primarias, desarrollando una metodología mixta, donde se combinan la encuesta, aplicada a trabajadores y trabajadoras de una empresa local hortofrutícola; la entrevista a hogares en situación de elevada vulnerabilidad social; y el grupo de discusión con profesionales de distintas áreas de intervención (social, laboral, sanitaria, protección, seguridad, etc.).

El concepto de exclusión social resulta un marco teórico adecuado para este estudio. Diversos autores han caracterizado la exclusión social como un proceso dinámico de acumulación de desventajas sociales en una serie de ámbitos vitales (Laparra et al., 2008; Subirats, 2004), generalmente definidos como siete: ingresos, trabajo, vivienda, educación, red sociofamiliar, salud y participación. El riesgo social de una persona vendrá condicionado por su situación en estos siete ámbitos. Asimismo, este enfoque multidimensional permite establecer claras conexiones entre las diferentes dimensiones, por ejemplo, empleo-ingresos-vivienda-salud pueden estar claramente vinculados. Si bien, esta correlación varía al considerar los ejes de desigualdad social, como etnia, género o edad.

Aunque apenas hace un año de la declaración oficial de la pandemia (11/3/2020), ya se cuenta con una amplia producción científica referida a la enfermedad covid-19 (Ortiz-Núñez, 2020), planteando importantes retos en el ámbito de la investigación social

(Luna-Nemencio, 2020). Estos estudios abordan la pandemia desde diferentes perspectivas. Por un lado, estarían aquellos con un prisma general, destacando los principales colectivos afectados (EAPN, 2020; Fundación FOESSA, 2020). Por otro lado, encontramos trabajos con enfoques más específicos, destacando ciertos ámbitos de la exclusión social, como los aspectos económicos y laborales (Heras, 2020; Hernández de Cos, 2020); los educativos (Cáceres et al., 2020; Daniel, 2020); y en mayor medida los relativos a la salud y el bienestar (Bambra et al., 2020; Valero et al., 2020). Otros estudios se centran en las repercusiones en colectivos concretos, como personas mayores (Pinazo-Hernandis, 2020), población extranjera (Pedreño, 2020), personas con discapacidad (Huete, 2020), colectivo gitano (Arza, 2020) o población reclusa (Rodríguez, 2020). Finalmente, encontramos una serie de investigaciones que abordan el aumento durante la pandemia de la desigualdad y la discriminación social, ya sea de género (Castellanos et al., 2020), de etnia/nacionalidad (Kim y Bostwick, 2020), o con procesos de estigmatización (Turner et al., 2020), aislamiento social (Ramírez et al., 2020) o de violencia de género (Ruiz y Moreno, 2021).

Asimismo, al igual que otras enfermedades, la covid-19 puede distribuirse espacialmente de forma desigual (Bambra et al., 2020), siendo mayor la incidencia en territorios más vulnerables, de menor nivel socioeconómico y con mayor proporción de inmigrantes y minorías étnicas (Kim y Bostwick, 2020).

Este estudio se suma a los preexistentes, con el objetivo de avanzar en el conocimiento de los condicionantes sociales de la salud en los niveles prevención y contagio de la enfermedad covid-19, contextualizados en la Región de Murcia y en particular en el municipio de Totana. La *hipótesis* de partida sería que el territorio es una variable determinante de las condiciones sociales, conllevando mayores riesgos en la salud en contextos agrícolas donde se concentra gran número de población laboral inmigrante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se integra dentro de una estrategia comunitaria para el diagnóstico, seguimiento y control de casos covid-19 en población vulnerable con el objetivo de reducir la infección

comunitaria en dicha localidad. Se trata de una investigación-acción, como forma de indagación introspectiva, que promueve la participación de todos los actores involucrados en las situaciones sociales de interés (Kemmis y McTaggart, 1988: 30). En este marco de intervención comunitaria la investigación tiene como *objetivo general* “analizar las situaciones de vulnerabilidad social y epidemiológica que se concentran en la población de Totana y sus vínculos con las altas tasas de contagio”. Este fin se alcanza a partir de tres *objetivos específicos*: a) Conocer los principales factores de riesgo social y de vulnerabilidad de la población de Totana previos a la enfermedad covid-19; b) Ahondar en la incidencia de los factores sociales sobre las posibilidades de prevención y aislamiento; c) Realizar propuestas desde diferentes áreas de intervención que permitan reducir la propagación de la enfermedad o posibles brotes futuros.

Para alcanzar dichos objetivos y verificar la hipótesis se desarrolló una estrategia metodológica mixta, donde se combinaron fuentes secundarias y primarias, descritas de forma simplificada en la tabla 1 y desarrolladas a continuación.

Tabla 1. Técnicas de investigación aplicadas y agente participante

| Tipo de fuente | Técnica | Entidad/Agente |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| Fuentes secundarias | Revisión de estudios | Google scholar y Dialnet |
| | Explotación de fuentes estadísticas | Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM); Servicio Murciano de Salud (SMS) |
| Fuentes primarias | Encuesta | Trabajadores/as de empresa agrícola |
| | Entrevista | Hogares vulnerables |
| | Grupo de discusión | Profesionales de la intervención y seguridad ciudadana |

Fuente: Elaboración propia.

Fuentes secundarias

La revisión de estudios se llevó a cabo realizando una búsqueda sistemática en Google Scholar y Dialnet, empleando como término clave “covid-19” y seleccionando aquellas publicaciones de carácter sociosanitario.

La información del contexto sociolaboral de Totana, así como la correspondiente a la Región de Murcia y a España, procede del Centro Regional de Estadística de Murcia, quien recopila también algunos datos nacionales. En el caso de los afiliados por sector económico para el conjunto nacional, se ha debido recurrir al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Por otro lado, la información sobre casos confirmados de covid-19 en la Región de Murcia y, en particular, en el municipio de Totana, ha sido facilitada por el Servicio Murciano de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Fuentes primarias

Encuesta

La necesidad de obtener información de manera casi inmediata, para afrontar la preocupante situación derivada de la pandemia en el municipio de Totana, hizo que la encuesta se centrara en un único espacio laboral, con gran número de trabajadores y alta incidencia de contagio.

En este contexto, se produce la selección de la empresa agroalimentaria radicada en Totana, con una importante plantilla de trabajadores, que se presta a colaborar en este estudio facilitando sus propias instalaciones para la realización de la encuesta. Los criterios establecidos para determinar la muestra quedan recogidos en la ficha técnica de la encuesta (tabla 2).

Tabla 2. Ficha técnica de la encuesta

| Ámbito | Municipio de Totana (Región de Murcia) |
|------------------------|---|
| Universo | Empresa agroalimentaria; 5.738 trabajadores, 4.378 mujeres y 1.360 hombres; edad entre 18 y 65 años |
| Tamaño de la muestra | 363 entrevistas |
| Tipo de muestreo | Aleatorio proporcional según cuotas de sexo y edad |
| Error muestral | Nivel de confianza del 95% (dos sigmas): $P = Q = 0,5$; error muestral de $\pm 5\%$ |
| Recogida de la muestra | Entrevista personal; lugar: despacho habilitado por la empresa |
| Fecha de realización | Del 19 de octubre al 9 de noviembre de 2020 |

Fuente: Elaboración propia.

En el diseño del cuestionario se contó con la colaboración de las autoridades sanitarias, estableciendo conjuntamente las principales dimensiones y variables del estudio. Tras realizar dos entrevistas piloto, se presentó una propuesta revisada que fue evaluada nuevamente por estos agentes institucionales, dando lugar al cuestionario definitivo incluido en el Anexo, que consta de 26 preguntas distribuidas en tres bloques temáticos: a) Características sociodemográficas; b) Percepción del riesgo: conocimiento de la enfermedad y medidas de prevención; c) Posibilidad de cumplir aislamiento.

En la explotación estadística de la encuesta se llevaron a cabo dos tipos de análisis, uno de carácter descriptivo y otro inferencial. Ambos utilizan las siguientes variables de clasificación, recabadas del primer bloque del cuestionario: sexo; origen o lugar de nacimiento (con dos categorías, español y extranjero); grupos de edad; residencia en Totana (sí/no) y, por último, nivel educativo alcanzado.

El análisis inferencial está referido a las preguntas de valoración sobre percepción del riesgo y contagio (14 a 17, 19 y 24 del cuestionario), mediante una escala Likert de 1 a 10. Se trata de averiguar si existen diferencias significativas de valoración entre los grupos representados en la muestra, la cual se ajusta a una distribución normal, realizando un análisis bivariado (estadístico T-Student) para las variables con dos categorías de clasificación (sexo, origen, residencia en Totana); análisis univariado de la varianza ANOVA para las variables con más de dos categorizaciones (grupos de edad y nivel de estudios), así como un análisis multivariado de la varianza ANOVA entre dos o más variables, estableciendo subgrupos y comparando sus medias. Los resultados seleccionados de estos análisis corresponden a aquellos que obtienen un nivel de significación inferior al 0,05 y, por tanto, se entiende que sus puntuaciones medias se comportan de modo diferente.

Entrevistas

La encuesta realizada a trabajadores de la empresa hortofrutícola de Totana permite conocer a un colectivo con cierto riesgo sanitario, si bien con condiciones sociolaborales, en general, de bajo riesgo, pues están ocupados y ocupadas, y aunque sea

con contrato temporal/estacional cuentan con cierto nivel de ingresos.

Es por ello que se consideró fundamental ahondar en la situación social de otros colectivos con mayor riesgo de exclusión, sobre todo en los ámbitos laboral y residencial, realizándose doce entrevistas a representantes de hogares vulnerables.

Tabla 3. Perfil social de las doce personas entrevistadas

| Sexo | Nº | Edad | País | Perfil laboral | Estado civil | Convivencia y situación residencial |
|--------|-----|------|-----------|-------------------|--------------|---|
| Mujer | E1 | 40 | Ecuador | Parada | Separada | Hogar monoparental/Vivienda cedida |
| | E2 | 38 | España | Parada | Separada | Hogar unipersonal/Alquiler social |
| | E3 | 38 | Ecuador | Parada | Separada | Hogar monoparental/Vivienda en alquiler |
| | E4 | 40 | Colombia | Ocupada | Separada | Hogar laboral/Habitación alquilada |
| | E5 | 57 | Bulgaria | Ocupada | Casada | Hogar laboral/Vivienda alquiler |
| | E6 | 53 | España | Ocupada | Separada | Hogar extenso/Alquiler social |
| Hombre | E7 | 32 | Senegal | Ocupado | Casado | Piso compartido /Vivienda en alquiler |
| | E8 | 57 | Ecuador | Parado | Soltero | Piso compartido/Vivienda en alquiler |
| | E9 | 61 | Ecuador | Parado | Soltero | Piso compartido/Vivienda en alquiler |
| | E10 | 52 | España | Baja por covid-19 | Casado | Hogar nuclear/Vivienda propia |
| | E11 | 60 | Marruecos | Ocupado. | Casado | Hogar nuclear/Vivienda propia |
| | E12 | 37 | Mali | Ocupado | Casado | Piso compartido/Vivienda en alquiler |

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla 3, la mayoría de entrevistados y entrevistadas están desempleados o desarrollan empleos con

elevados niveles de precariedad, ya sea por carecer de contrato, por su estacionalidad o por la baja remuneración. Lo mismo sucede con la condición residencial, diez de los doce entrevistados residen en viviendas con importantes déficits de habitabilidad o de garantía de uso. Solamente dos entrevistados varones presentan buenas condiciones residenciales y laborales. Si bien, uno de ellos actualmente está de baja laboral a consecuencia del covid-19. En la selección de la muestra se mantuvo una proporción de género, al tiempo que se aplicaron otros criterios de heterogeneidad: a) la nacionalidad y la etnia, contando con entrevistados/as de siete países diferentes (Ecuador, Senegal, Mali, Bulgaria, Colombia, Marruecos y España), incluyendo a una entrevistada de etnia gitana; b) estado civil (soltero, casado, separado); c) tipo de hogar/convivencia (hogar familiar, monoparental, vivienda compartida, interna laboral); d) régimen de tenencia de la vivienda (alquiler de mercado, alquiler social, propiedad, vivienda cedida, hogar laboral).

Mediante un guion semiestructurado la entrevista tenía como finalidad conocer las condiciones sociales de los hogares vulnerables y su influencia en los niveles de percepción del riesgo de contagio, en el cumplimiento de las medidas de prevención y en las posibilidades de aislamiento, si fuese necesario guardar cuarentena. En estos aspectos se aplicó el enfoque multidimensional de la exclusión social, considerándose todos sus ámbitos. Las entrevistas se llevaron a cabo desde finales de noviembre de 2020 a mediados de enero de 2021.

Las aportaciones de las personas entrevistadas se muestran en el estudio mediante la incorporación de sus discursos literales, indicando el número de entrevistado/a, edad y país de origen (ejemplo: E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Grupo de discusión

La segunda técnica cualitativa aplicada es el grupo de discusión, siendo los informantes clave ocho profesionales de diferentes áreas de intervención, de especial relevancia ante la situación de pandemia de la enfermedad covid-19. En la tabla 4 se incluyen los perfiles laborales.

Tabla 4. Perfil laboral de los profesionales participantes en el grupo de discusión

| Nº | Ámbito | Área de intervención |
|----|---------|------------------------|
| P1 | Público | Social |
| P2 | Público | Sociosanitaria |
| P3 | Público | Seguridad |
| P4 | Público | Seguridad y protección |
| P5 | Privado | Social |
| P6 | Privado | Social |
| P7 | Público | Empleo |
| P8 | Privado | Empleo |

Fuente: Elaboración propia.

En la selección de los participantes se consideró el relevante rol que vienen desempeñando distintos profesionales del ámbito público y privado, así como desde distintas áreas de intervención: social, sanitaria, seguridad, protección ciudadana y laboral. De este modo, asistieron representantes de Servicios Sociales, Policía Local, Protección Civil, Servicio de Empleo y Formación, Sindicatos y Tercer Sector.

El grupo de discusión se realizó el 16 de diciembre de 2020 en una sala proporcionada por el Ayuntamiento. Se aplicó un guion estructurado en tres grandes bloques: a) factores de riesgo social que han incidido en los elevados niveles de contagio en el municipio; b) valoración de la respuesta institucional desarrollada desde distintos niveles administrativos; c) retos a los que se enfrenta el municipio para restablecer la normalidad. De forma similar a las entrevistas, los discursos de los participantes se asocian de forma anónima a su área de intervención y el ámbito (público/privado). Por ejemplo: P1, ámbito social público.

RESULTADOS

Los resultados se han fraccionado en tres apartados diferenciados. En primer lugar, se destacan los elementos demográficos

y laborales de Totana, junto con los niveles de propagación de la enfermedad covid-19. A continuación, se analiza el impacto de la pandemia, los riesgos sociales detectados y las medidas de intervención realizadas. Por último, se expresan las dificultades y temores encontrados, así como las propuestas de actuación.

Contexto sociolaboral de Totana previo a la crisis sanitaria

Totana es una localidad joven, con un elevado porcentaje de población extranjera, superior al promedio regional y, prácticamente, el doble del nacional (gráfico 1). Más de la mitad de la población extranjera residente procede de Latinoamérica, a diferencia de la Región de Murcia, donde el origen africano es mayoritario, o de España, donde predomina la procedencia europea (gráfico 2).

Gráfico 1. Estructura de la población. España, Murcia y Totana (enero 2020, %)

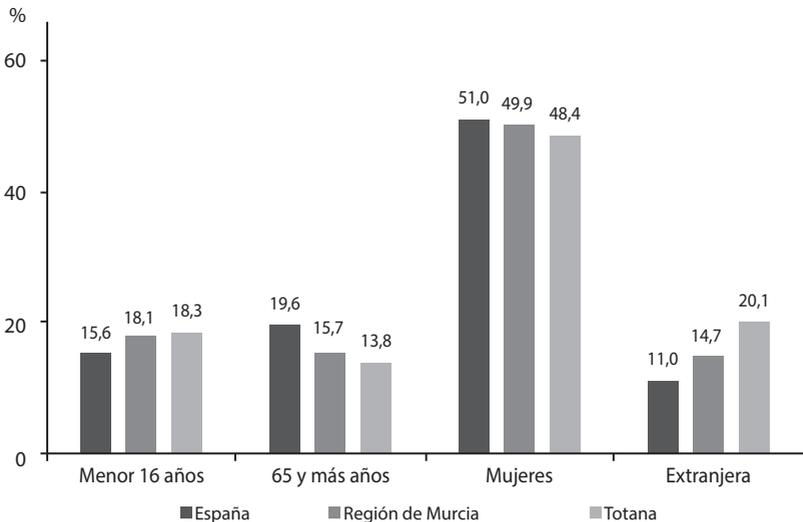


Gráfico 2. Origen de la población extranjera. España, Murcia y Totana (enero 2020, %)

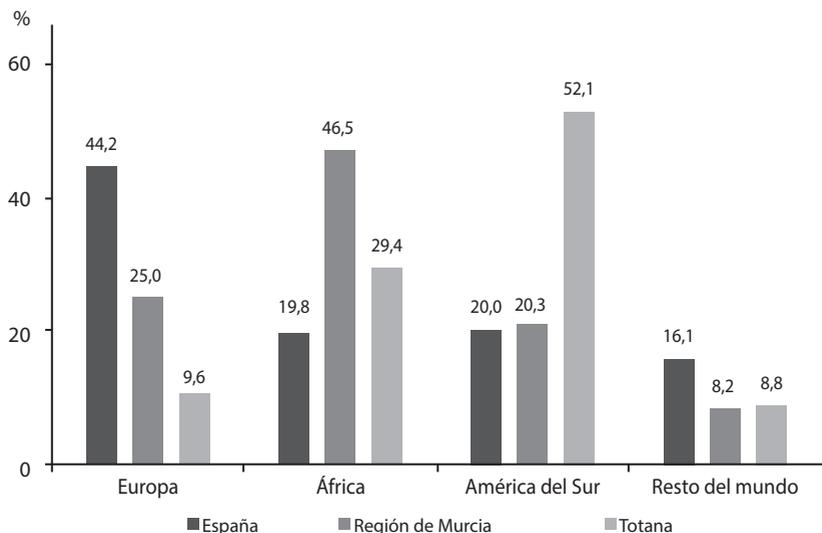
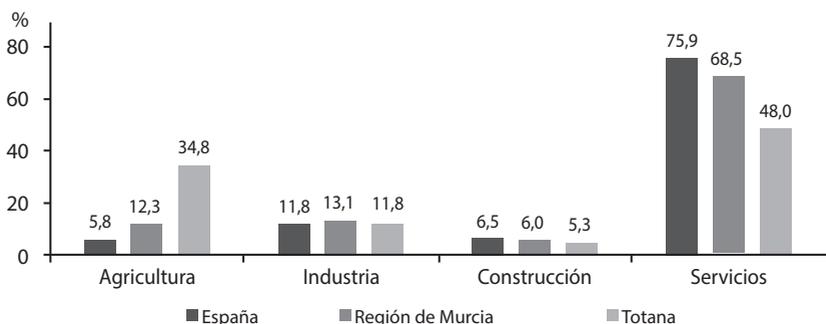


Gráfico 3. Afiliación a la Seguridad Social según sector de actividad. España, Murcia y Totana (4º trimestre de 2019, %)



Fuente: Elaboración propia a partir de CREM, Cifras de población y Estadística de Personas Afiliadas a la Seguridad Social; Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Afiliados en alta laboral.

Se trata de una localidad con un importante sector agrario, que absorbe casi a un 35% de los afiliados a la Seguridad Social (gráfico 3). En contraposición a la tercerización observable en el

conjunto de las economías española y regional, el sector servicios apenas llega a la mitad de la ocupación local.

Totana reúne una serie de condiciones estructurales previas, que la pandemia ha agravado profundamente y que, según los profesionales, explican en gran medida, las altas tasas de contagio registradas. Dichas condiciones se encuentran vinculadas a factores socioculturales, laborales y residenciales.

Esto es un problema que viene de muchísimo antes de la pandemia, que ha sido el gatillo para que estalle todo (P3, ámbito público, seguridad).

Las condiciones en las que malviven una parte de la población inmigrante ha sido una bomba para la transmisión. Por mucho que Sanidad y las autoridades dijeran donde estaba el problema, todo el mundo sabía dónde estaba el principal foco de contagio aquí (P6, ámbito social, privado).

Los profesionales destacan los riesgos de la diversidad cultural, en términos de potenciales conflictos, acentuados en un contexto de competencia laboral y precarias condiciones socioeconómicas. No obstante, a pesar de estas situaciones de vulnerabilidad y estacionalidad, el municipio viene siendo un atractivo nicho de empleo para la población extranjera, a veces irregular, empleada en las ramas agrícola y/o el servicio doméstico.

Nosotros hemos tenido casos de gente que aterrizaba en Madrid y a la semana estaba en Totana. Y les preguntabas el por qué se habían venido hasta aquí y te decían que en Madrid alguien les había dicho que aquí había trabajo y vivienda (P1, ámbito social, público).

También se ahonda en las condiciones de precariedad habitacional, destacándose el proceso de segregación residencial, que ha desencadenado una gentrificación inversa; así, como los problemas de hacinamiento de las viviendas e infraviviendas habitadas por población extranjera; junto al elevado número de alquileres irregulares. Según los profesionales estos problemas quedan ocultos tras un padrón municipal desactualizado.

La gente que vivía en las zonas del centro y que está bien posicionada se ha marchado a su segunda residencia

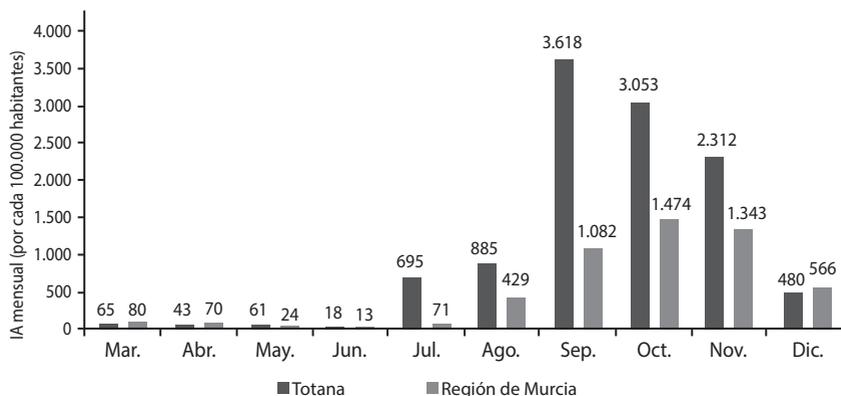
en las zonas de los huertos. Y el centro está totalmente poblado de un paisaje social que es exclusivamente inmigrante. Si te das una vuelta por las arterias principales del municipio puedes ver la transformación tan brutal que ha sufrido en los últimos años. ¿Y qué pasa con los alquileres ilegales? Hay gente que está sacando una barbaridad de dinero todos los meses de manera totalmente ilícita, pero de eso no interesa hablar y siempre es más fácil apuntar y criminalizar al colectivo (P3, ámbito público, seguridad).

La falta de actualización y regulación del empadronamiento es un problema serio en el municipio... Da pie a que exista un descontrol tremendo en los pisos, lo que se conocen como "pisos patera" (P4, ámbito público, seguridad y protección).

Riesgo social e intervención durante la crisis sanitaria

La evolución de la pandemia en la Región de Murcia y Totana se muestra a través del número de casos covid-19 registrados mensualmente por cada cien mil habitantes para los meses de marzo a diciembre de 2020 (gráfico 4).

Gráfico 4. Incidencia acumulada covid-19 mensual. Región de Murcia y Totana, marzo-diciembre 2020 (por cada 100.000 habitantes)

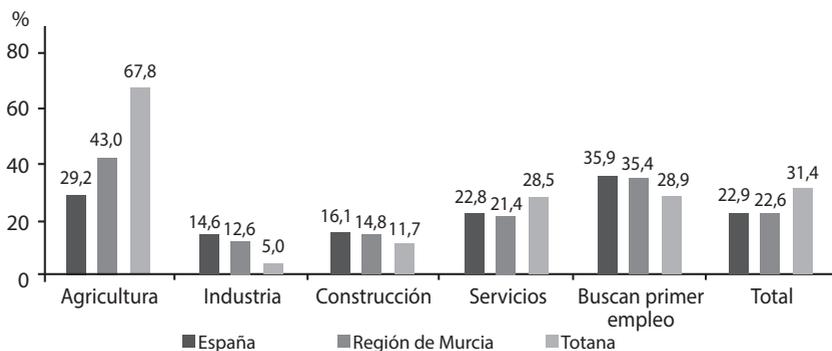


Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el Servicio Murciano de Salud.

Sin duda, la campaña recolectora en la localidad contribuye a la propagación de la enfermedad entre los trabajadores del campo y la industria agroalimentaria, explicando en gran medida la elevada tasa de incidencia registrada desde mediados del verano y hasta finalizar el otoño.

El impacto de la crisis sanitaria en Totana se refleja en un incremento del paro registrado del 31,4% de diciembre de 2019 a diciembre de 2020, muy superior al regional y nacional, siendo especialmente intenso en la agricultura (gráfico 5).

Gráfico 5. Evolución del paro registrado según sector de actividad. España, Murcia y Totana (%)



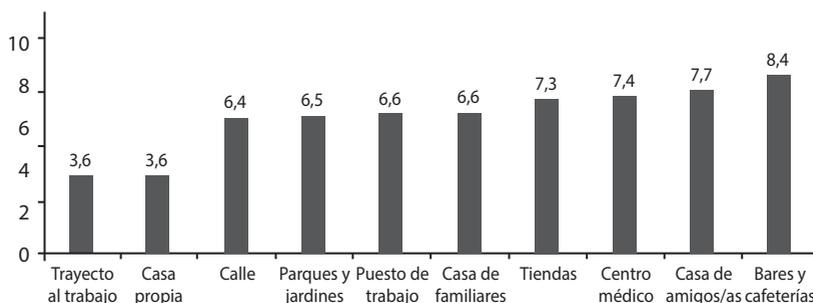
Nota: Variación porcentual anual, en diciembre de 2020 con respecto al mismo mes del año anterior.

Fuente: Elaboración propia a partir de CREM, Evolución del paro registrado.

Entre los trabajadores encuestados predominan las mujeres de origen ecuatoriano, de 40 años de edad media. En cambio, el colectivo masculino es mayoritariamente español y más joven (34 años de media). El nivel educativo más frecuente es la educación secundaria obligatoria o inferior, en un 55% de las personas encuestadas; mientras que solo un 11% ha terminado estudios superiores. Alrededor de dos tercios de los trabajadores encuestados no residen en Totana, desplazándose a diario a su puesto de trabajo desde otras localidades. Esta circunstancia explica, en gran medida, la elevada transmisión de la enfermedad covid-19 en la empresa, que ya había padecido el 22% de los trabajadores encuestados; principalmente, mujeres extranjeras y no residentes.

Además, como muestra el gráfico 6, se percibe un bajo riesgo de contagio durante los desplazamientos al trabajo, que se equipara al del hogar propio, con una puntuación media de 3,6 (sobre 10 puntos). Por el contrario, bares y restaurantes obtienen la máxima valoración media de riesgo otorgada (8,4).

Gráfico 6. Riesgo medio percibido de contraer la enfermedad covid-19 en ciertas circunstancias



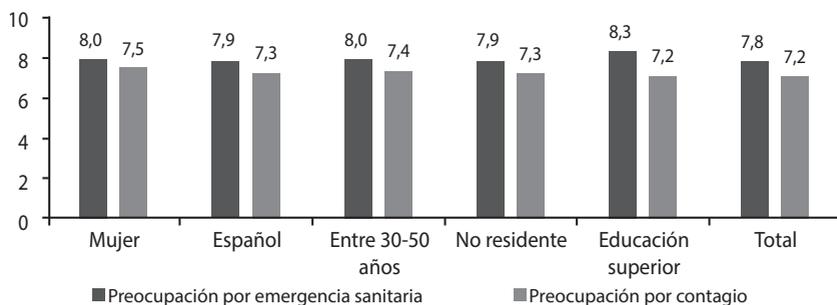
Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres puntúan más alto en todas las opciones de riesgo contempladas, siendo esto significativo desde el punto de vista estadístico. Aunque los extranjeros de ambos sexos manifiestan una mayor percepción de riesgo en el trayecto al trabajo, dentro de este grupo son las mujeres las que obtienen una media más elevada (4,2) frente a los varones (3,0). Por otro lado, el riesgo percibido en bares y cafeterías se eleva cuanto mayor es el nivel de estudios.

La condición de haber pasado la enfermedad no resulta estadísticamente significativa en relación con un mayor grado de conocimiento de las medidas sanitarias de prevención o de los síntomas más frecuentes de la enfermedad covid-19. En cambio, la prueba inter-sujetos ANOVA sí muestra una relación estadística significativa para las variables sexo, origen, edad y nivel educativo en relación con el grado de conocimiento de la enfermedad, tanto en lo que respecta a las medidas de prevención como a sus síntomas.

Estos resultados vienen acompañados de un grado de preocupación personal ante un posible contagio ligeramente inferior al manifestado por la situación de emergencia sanitaria (gráfico 7); correspondiendo los niveles más altos de preocupación por la pandemia a las personas con estudios superiores y de origen español, especialmente las mujeres españolas, según se desprende del análisis estadístico inferencial realizado.

Gráfico 7. Grado de preocupación ante la situación de emergencia sanitaria y la posibilidad de contagiarse (valor medio más elevado)



Fuente: Elaboración propia.

En la capacidad de prevención frente a la covid-19, el estado y la composición de la vivienda cumple un papel clave. En este sentido, muchas de las personas entrevistadas relatan deficiencias en las condiciones de habitabilidad de sus viviendas y situaciones de hacinamiento, derivadas de condiciones laborales muy precarias.

Trabajo como interna. Me pagan 800€, de lunes a lunes... Menos 200 de alquiler por una habitación que tengo en otro piso por si acaso me echan. Pero mis hijos y yo vivimos en una habitación prestada de la señora, en la terraza (E4, mujer, Colombia, 40 años).

Yo lo veo en la población latinoamericana, suelen vivir hasta diez personas... (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Antes yo trabajaba en una empresa agrícola, pero sin contrato, días sueltos (E7, hombre, Senegal, 32 años).

La mayoría de entrevistados afirma conocer las principales medidas de prevención de la enfermedad covid-19 (mascarilla, gel hidroalcohólico, lavado de manos) y de la regulación normativa para la contención de la pandemia (distancia social, ...). Si bien, no se menciona la prevención asociada a la ventilación de los espacios cerrados.

Lavarte las manos, ponerte la mascarilla, a metro y medio o dos metros de alejamiento de las personas (E6, mujer, España, 53 años).

Entre los principales inconvenientes para la prevención de la enfermedad se identifican algunos discursos relacionados con el negacionismo y la ausencia de miedo. En el trabajo, los impedimentos para la prevención están relacionados con la relajación, la imprudencia y la mala praxis. Además, en algunos casos se reconocen determinadas prácticas de ocultamiento de síntomas de contagio por temor a perder el empleo y los consiguientes ingresos.

No, ningún miedo. No creo que me contagie. No lo creo. Es toda una política. Sí, he oído gente que muere, pero no lo creo (E5, mujer, Bulgaria, 57 años).

En los almacenes, trabajan codo a codo, a veces sin protección ninguna, otras con mascarilla sí, pero la mascarilla sola no te salva (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Yo he conocido gente que ha dado positivo y se han presentado a trabajar... Pero por la necesidad (E10, hombre, España, 52 años).

Respecto a las posibilidades de aislamiento es determinante la red sociofamiliar con la que se cuente. En este sentido, los entrevistados reconocen a la familia y las entidades sociales como un apoyo indispensable.

Tengo a mi hermano. Él vive aquí en Totana, está jubilado y me ayuda a pagar (E9, hombre, Ecuador, 61 años)

Durante el aislamiento tenía la ayuda de la comida de Cáritas, ellos me llevaban la compra... yo tenía una situación muy mala (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

En cuanto al impacto y las repercusiones de la pandemia se alude por varios entrevistados a un temor irracional al contagio, a veces proyectado sobre grupos sociales concretos que se han

visto más afectados, desencadenando claros procesos de marginación y estigmatización.

Ya no me quieren ni tocar, ni me saludes me dicen desde lejos (E3, mujer, Ecuador, 38 años).

Los marroquíes se han contagiado, pero la mayoría por vergüenza y por miedo, no querían decirlo (E11, hombre, Marruecos, 60 años).

Respecto a las repercusiones, en el ámbito laboral, se reitera la destrucción de empleos y los consecuentes efectos en los ingresos. A nivel sanitario, se aluden secuelas de la enfermedad y retrasos en intervenciones quirúrgicas.

Con el covid está peor encontrar trabajo, porque hace poco estaba en trabajando y no pude terminar la campaña.... No hubo manera de encontrar quien me llevase. En un coche de 5 plazas, solo pueden ir 3 personas (E1, mujer, Ecuador, 40 años).

Llegó esta cuestión de la pandemia y ya no me pudieron operar (E9, hombre, Ecuador, 61 años).

Todos los profesionales coinciden en destacar las graves repercusiones socioeconómicas que ha tenido el cierre perimetral continuado y que ha afectado a la imagen turística, comercial y hostelera del municipio. Si bien, valoran el buen funcionamiento de la coordinación sociosanitaria en las situaciones de emergencia.

Lo que está pasando aquí es que se ha sacado a la luz la incidencia que en otros sitios no se ha sacado. Resulta que nos han puesto en el escaparate. Nos han cerrado la hostelería, nos han cerrado el pueblo entero, a diferencia de otros sitios. Porque, si yo hago las pruebas en la ciudad de Murcia la tenemos que cerrar también (P6, ámbito social, privado).

No hubiéramos podido salir adelante si no hubiéramos estado todos, personas, o sea, esto han sido personas. Desde el primer momento dijimos que estábamos disponibles las veinticuatro horas y así ha sido. Entidades, policía... todos (P2, ámbito público sociosanitario).

No obstante, los profesionales confirman que desde el inicio de la pandemia ha habido una escasez de recursos, tanto

humanos (rastreadores, técnicos del padrón municipal, de seguridad, etc.), como materiales (recursos residenciales, equipos de protección, alimentos, etc.). Todos ellos, coinciden en señalar el agotamiento, la sobrecarga de trabajo y los altos niveles de estrés emocional a los que han estado sometidos.

El tema de los recursos muy complicado. Ha habido falta de todo. Nosotros necesitábamos medios, y no esa crítica, porque ha habido una crítica muy bestia en las redes sociales (P2, ámbito público sociosanitario).

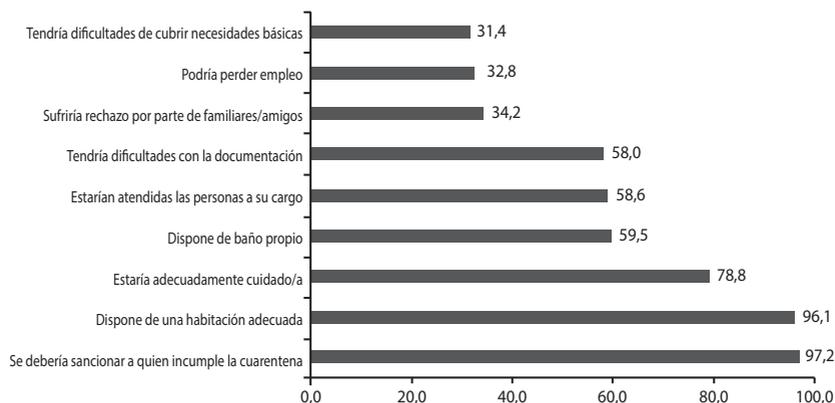
En general, se valora la implicación de varias entidades de apoyo social en las intervenciones de emergencia, dando especial relevancia a las actuaciones del CORECAAS, relativas al seguimiento de las condiciones sociosanitarias de la población vulnerable.

En septiembre de 2020 comienza su actividad en nuestro municipio el equipo CORECAAS dependiente del Servicio Murciano de Salud, otro recurso de suma importancia para la implementación de medidas sociosanitarias a nivel comunitario, (P1, ámbito social, público).

Dificultades y propuestas de mejora

Como se ha visto, un posible contagio de covid-19 puede ocasionar graves perjuicios, no solo en la salud, sino también a nivel laboral, económico y relacional (con familiares, amigos o vecinos). Además, como se desprende de la encuesta realizada a los trabajadores, en bastantes ocasiones la vivienda propia no reúne las condiciones más adecuadas para realizar un hipotético aislamiento durante la cuarentena.

Gráfico 8. Personas encuestadas que responden afirmativamente ante determinadas circunstancias en caso de cuarentena



Fuente: *Elaboración propia.*

Aunque una amplia mayoría de encuestados tiene una habitación en la que aislarse, resulta menos frecuente disponer de un baño para uso exclusivo (gráfico 8). Asimismo, en torno a la tercera parte, considera que tener que guardar cuarentena podría suponer la pérdida del empleo, incurrir en dificultades para cubrir necesidades básicas, o bien sufrir el rechazo de familiares y amigos; incrementándose estos temores para los encuestados de origen extranjero.

En este sentido, aunque más del 90% de los encuestados estaría dispuesto a comunicar que padece síntomas de la enfermedad covid-19, o el haber mantenido un contacto de riesgo con alguien enfermo, a determinadas personas de su entorno (médico, jefe, compañeros de trabajo y familia), esta proporción desciende al considerar a los amigos y, en mayor medida, a los vecinos. No obstante, el análisis estadístico no revela una relación directa entre los dos grupos de encuestados proclives, o no, a la comunicación de síntomas, o contactos de riesgo, y las variables sexo, origen y educación.

Por otro lado, los participantes en el grupo de discusión consensuaron una serie de medidas a implementar para reducir los riesgos sociales y sanitarios y emprender el camino hacia una

situación menos crítica. En primer lugar, apuestan por reforzar el Estado de Bienestar en sus pilares básicos: Rentas, Empleo, Sanidad y Vivienda.

Garantizar un sistema unificado para la cobertura de las necesidades de la gente, es decir, que el sistema sea sencillo (P1, ámbito social, público).

Hay que mejorar las condiciones del trabajador y desarrollar un plan de lucha contra la economía sumergida, regularizando por ejemplo el tema de las cuidadoras extranjeras (P3, ámbito público, seguridad).

Encontrar soluciones de habitabilidad (P5, ámbito social, privado).

En segundo lugar, aluden al desarrollo de planes y protocolos de prevención y coordinación, técnica y política.

Por parte de la CCAA no he visto un respaldo inicialmente a los policías locales ni a las protecciones civiles (P4, ámbito público, seguridad y protección).

La desinformación es el principal peligro para todos. La sociedad debe tener información clara y concisa para que pueda seguir las normas y recomendaciones (P6, ámbito social, privado).

Finalmente, se refiere la necesidad de apoyo y reconocimiento a los profesionales que han estado en primera línea y una clara apuesta por la intervención comunitaria.

Nosotros hemos echado en falta, desde los centros de salud, en momentos determinados un mensaje claro, de todos los políticos, no del alcalde, de la gravedad de la situación (P2, ámbito público sociosanitario).

DISCUSIÓN

A modo de discusión, se indican una serie de conclusiones vinculadas con los ámbitos donde los determinantes sociales de la salud resultan más evidentes, al tiempo que se describen las principales variables que determinan la vulnerabilidad social y, por tanto, un mayor riesgo en salud. Se verifica que en los contextos agrícolas confluyen un gran número de desventajas sociales que aumentan la probabilidad de contagio de la covid-19.

Como ha sido destacado por los agentes sociales participantes en esta investigación, el contexto sociolaboral de Totana ha desarrollado un modelo de producción económica muy vinculado a la explotación agrícola, con elevadas demandas de trabajo estacional de baja cualificación, dirigidas hacia un perfil laboral claramente inmigrante, que no excluye la irregularidad administrativa. Esta afluencia de población produce distorsiones en el mercado local de la vivienda, generando segregación residencial y hacinamiento, derivado de las precarias condiciones económicas. Estas situaciones de vulnerabilidad social impiden mantener medidas de prevención de la infección como el aislamiento o la cuarentena. En particular, las condiciones laborales precarias aumentan la reticencia a acudir al sistema sanitario ante la presencia de síntomas, por miedo a perder la fuente de ingresos o por el estigma asociado a la covid-19. Asimismo, los desplazamientos laborales son un factor de contagio importante. Por el contrario, determinadas situaciones sociales favorables pueden actuar como factor de protección, destacando, en este sentido, el apoyo familiar y de las entidades sociales; lo mismo ocurre con el nivel educativo, que permite diferenciar los valores medios obtenidos en las preguntas de opinión entre los diferentes grupos y subgrupos de trabajadores/as, pues cuanto mayores son los estudios cursados mayor preocupación y conocimiento se tiene de la enfermedad. En este caso los menores niveles educativos de la población inmigrante se traducen en un importante factor de riesgo sociosanitario. De este modo, la pandemia no nos iguala, más bien al contrario (Bultler, 2020: 62).

Así, se contrasta la hipótesis de partida del estudio, pues en contextos laborales agrícolas, con abundante afluencia de mano de obra inmigrante, con el consiguiente riesgo de exclusión multidimensional, la vulnerabilidad social intensifica los riesgos en materia de salud. Como se ha visto, las redes comunitarias han tenido un papel fundamental en la mitigación del impacto de la pandemia entre las personas más vulnerables. Al igual que otros autores (Eito et al., 2020), este trabajo también concluye con la necesidad de una mayor participación de los actores implicados en servicios sociales, usuarios y profesionales, en un nuevo diseño de las políticas sociales, más acorde a los intereses y las nuevas necesidades surgidas con la pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Arza, J. (coord.) (2020). *Informe Encuesta impacto COVID-19. Población Gitana 2020*. Alicante: Federación FAGA.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford J., Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiol Community Health*, 74, 964–968, DOI:[10.1136/jech-2020-214401](https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401)
- Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. En P. Amadeo (Ed.) *Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias* (pp. 59-66). Buenos Aires, Argentina: ASPO.
- Cáceres-Muñoz, J., Jiménez Hernández, A. S., Martín-Sánchez, M. (2020). Cierre de Escuelas y Desigualdad Socioeducativa en Tiempos del Covid-19. Una Investigación Exploratoria en Clave Internacional. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3e), 199-221.
- Castellanos-Torres, E., Mateos, J. T., Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 419-421. DOI:[10.1016/j.gaceta.2020.04.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007) 0213-9111
- Daniel, J. (2020). Education and the COVID19 pandemic. *Prospects*, 49(1-2), 91-96. DOI: [10.1007/s11125-020-09464-3](https://doi.org/10.1007/s11125-020-09464-3)
- EAPN (2020). *Nuevas necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus*. Disponible en: <https://www.eapn.es/covid19/publicaciones/10/nuevas-necesidades-observadas-por-las-entidades-sociales-ante-el-coronavirus>
- Eito Mateo, A., García Martínez, J., Matías Solanilla, A. (2020). Aproximación a los retos emergentes para el Trabajo Social Comunitario a partir de la experiencia de la Covid-19. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 41, 33-48. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2020415119
- Freitas Goes, E., de Oliveira Ramos, D., Fortes Ferreira, A. J. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-7. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00278](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278)
- Fundación FOESSA (2020). *Distancia social y derecho al cuidado*. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.
- Heras, R.L. (2020). *Impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables*. Alcalá de Henares: Instituto Universitario de Análisis Económico y Social (IAES).

- Hernández de Cos, P. (2020). *Los principales retos de la economía española tras el Covid-19*. Comparecencia en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España tras el Covid-19. *Documentos Ocasionales*, N.º 2024. Madrid: Banco de España.
- Huete, A. (2020). Pandemia y discapacidad. Lecciones a propósito del confinamiento. *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 203–207.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Kim, S. J., Bostwick, W. (2020). Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Heal Educ Behav*. 47(4), 509–513.
- Luna-Nemecio, J. M. (2020). Ciencias Sociales y COVID-19: retos, vicisitudes y oportunidades para la investigación. *Forum International Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(3), 7-13. <https://doi.org/10.35766/jf20231>
- Ortiz-Núñez, R. (2020). Análisis métrico de la producción científica sobre COVID-19 en SCOPUS. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(3), 1-20.
- Pedreño, A. (2020). La cuestión jornalera entre dos crisis: condición inmigrante, desafiliación y riesgo de contagio. *Sociología del Trabajo*, 96, 1-15.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 249–252.
- Rodríguez Yagüe, C. (2020). COVID-19 y prisiones: un desafío no sólo sanitario y de seguridad, también humanitario. *Revista General de Derecho Penal*, 33,
- Ruiz-Pérez, I., Pastor-Moreno, G. (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 389-394.
- Turner-Musa, J., Ajayi, O., Kemp, L. (2020). Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 disparities. *Healthcare*, 8(2), 168-174.
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, A. A., Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.

ANEXO.CUESTIONARIO



Diagnóstico de Vulnerabilidad Social ante covid-19 Totana

Encuestador/a:
 Fecha cuestionario (DD/MM/AA): __/__/__ Hora: _____

Fecha Nacimiento (DD/MM/AA): __/__/__
 Iniciales (Primera letra del nombre y apellido) __/____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- P.1. Sexo** 1. Hombre 2. Mujer
- P.2. Puesto de trabajo:** 1. Operario almacén; 2. Operario campo; 3. Encargado; 4. Mantenimiento; 5. Limpieza; 6. Carretilero/a; 7. Jefa de línea; 8. Empaquetador/a; 9. Jefe mantenimiento; 10. Otros
- P.3. Lugar de Nacimiento**
P3.1. España (Región)
P3.2. Fuera de España (País)
Tiempo en España __ (meses) __ (años)
- P.4. Lugar de residencia**
P4.1. Totana 1. Sí 2. No
P4.2. Otro municipio, indicar
- P.5. Está empadronado:** 1. Sí 2. No
 1. En Totana
 2. En Otro municipio (cuál)
 3. En otra Región (cuál)
- P.6. Estado civil:**
 1. #Soltero/a
 2. #Casado/a Vive con pareja
 3. #Casado/a Vive sin pareja
 4. #Pareja de hecho Vive con pareja
 5. #Pareja de hecho Vive sin pareja
 6. #Viudo/a
 7. #Separado/a,
 8. #Divorciado/a
- P.7. Número de personas con las que convive:** ____
- P.8. Número de m² útiles de su vivienda (aproximado):** ____
- P.9. Tipo de hogar:**
 1. Unipersonal
 2. Pareja sin hijos
 3. Pareja con hijos
 4. Monoparental (un progenitor solo con hijos)
 5. Vivienda compartida (sin vínculos de parentesco)
 6. Vivienda compartida (con vínculos de parentesco, NO PAREJA)
 7. Dos o más núcleos familiares (dos o más tipos 2, 3 o 4: dos parejas con o sin hijos, pareja de abuelos con monoparental)
- P.10. ¿Alguna persona de su hogar, está a su cargo?**
 1. Económicamente N^o (< 16 años) _ (16-64) _ (*+65) _
 2. Necesita cuidados N^o (< 16 años) _ (16-64) _ (*+65) _

- P.11. Nivel de estudios alcanzado:**
 1. Sin estudios
 2. Primarios
 3. Secundarios 1^a etapa (ESO o equivalente)
 4. Secundarios 2^a etapa (bachiller/grado medio FP)
 5. Superiores/universitarios

- P.12. Si extranjera/o** (solo a los no hispanohablantes):
 P12.1. ¿Habla español? 1. Sí 2. No
 1. Mal 2. Regular 3. Bien 4. Muy bien

II. PERCEPCIÓN DE RIESGO: CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- P.13. ¿Ha contraído usted el covid-19?:** 1. Sí 2. No 3. NS
P13.1 ¿Sabe si puede volver a contraerlo?
 1. Sí 2. No 3. No está segura/o
- P.14. Indique por favor su nivel de preocupación ante la situación general de emergencia sanitaria actual** (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a).

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- P.15. A nivel personal indique por favor su grado de preocupación ante la posibilidad de contagiarse por covid-19** (siendo 1 nada preocupado/a y 10 muy preocupado/a).

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- P.16. ¿Conoce las medidas sanitarias de prevención del covid-19? Indique del 1 al 10 su nivel de conocimiento** (siendo 1 las desconozco y 10 las conozco perfectamente)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 16.1. ¿Podría indicar al menos tres?**
 1..... 2..... 3.....
- P.17. ¿Conoce usted cuáles son los síntomas más frecuentes de la enfermedad?** (1 los desconozco, 10 sí totalmente)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 17.1. ¿Podría indicar al menos tres? (pregunta abierta)**
 1..... 2..... 3.....
- P.18. ¿Cree usted que se puede estar enfermo a pesar de no presentar ningún síntoma?** 1. Sí 2. No 3. No sabe
- P.19. De las siguientes afirmaciones indique su grado de desacuerdo o acuerdo.** (siendo 1 estoy totalmente en desacuerdo y 10 estoy totalmente de acuerdo)
 P19.1. Durante la pandemia todos deberíamos salir a la calle solo para lo imprescindible, y permanecer en casa el resto del tiempo. (____)
 P19.2. El covid-19 solo afecta a personas mayores y enfermos. (____)
 P19.3. En general, la gente de mi barrio cumple las normas (mantiene la distancia, lleva mascarilla, se desinfecta las manos habitualmente, etc.) (____)
 P19.4. Aquel que no cumple las normas de prevención ante la enfermedad es un irresponsable. (____)

P. 20. En caso de que usted presente alguno de los síntomas del covid-19 se lo comunicaría a alguien:

- 1. Sí 2. No
- 2. Su familia 1. Sí 2. No
- 3. Su médico 1. Sí 2. No
- 4. Su jefe 1. Sí 2. No
- 5. Sus compañeros/as de trabajo 1. Sí 2. No
- 6. Vecinos 1. Sí 2. No
- 7. Amigos 1. Sí 2. No

P. 21. En caso de que usted haya estado en contacto con una persona enferma de covid-19 se lo comunicaría a alguien:

- 1. Sí 2. No
- 2. Su familia 1. Sí 2. No
- 3. Su médico 1. Sí 2. No
- 4. Su jefe 1. Sí 2. No
- 5. Sus compañeros/as de trabajo 1. Sí 2. No
- 6. Vecinos 1. Sí 2. No
- 7. Amigos 1. Sí 2. No

P.22. Para mantenerse informada en torno a la evolución de la enfermedad y las medidas sanitarias, ¿cuáles son sus fuentes de información habituales?

- 1. Boca a boca entre familiares y amigos/as 1. Sí 2. No
- 2. Televisión 1. Sí 2. No
- 3. Radio 1. Sí 2. No
- 4. Prensa escrita u online 1. Sí 2. No
- 5. Redes sociales 1. Sí 2. No
- 6. Otras (cuál):

P.23. ¿Cómo viene al trabajo?

- 1. Solo/o en mi propio vehículo
- 2. Con compañeros/as en mi propio vehículo
- 3. Con compañeros/as en su vehículo
- 4. En transporte público
- 5. En bicicleta/Patín eléctrico
- 6. Andando
- 7. Lo/la llevan al trabajo (familiar o amigo)

P.24. ¿En qué circunstancias considera que hay más riesgo de contraer la enfermedad? (indique del 1 al 10 siendo 1 es muy poco riesgo y 10 muy alto)

PUNTUACIÓN (1 a 10)

| | |
|---------------------------------------|--|
| 1. En el trayecto al lugar de trabajo | |
| 2. En mi trabajo | |
| 3. En tiendas | |
| 4. En la calle | |
| 5. En parques y jardines | |
| 6. En bares/cafeterías | |
| 7. En casa de amigos/as | |
| 8. En casa de otros familiares | |
| 9. En mi casa | |
| 10. Centro médico | |
| 11. Otras: indicar | |

III. POSIBILIDADES DE CUMPLIR AISLAMIENTO

P.25. En caso de que usted tuviese que hacer cuarentena:

| | 1.SI | 2.NO | 3.NS |
|--|------|------|------|
| P25.1. ¿Su vivienda cuenta con una habitación confortable para permanecer aislado/a? | | | |
| P 25.2. ¿Cuenta con un cuarto de baño que pueda utilizar usted solo/a? | | | |
| P25.3. ¿Cree que podría perder su empleo? | | | |
| P25.4. ¿Tendría dificultades para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, vestido...)? | | | |
| P25.5. ¿Estaría adecuadamente cuidada? | | | |
| P25.6. ¿Estarían adecuadamente cuidadas las personas que dependen de usted? | | | |
| P25.7. ¿Cree que podría tener dificultades para solicitar o renovar su documentación? | | | |
| P25.8. ¿Cree que sufriría algún tipo de rechazo por parte de familiares o amigos (tanto en España como en país de origen) si se enteran? | | | |
| P25.9. ¿Cree que las autoridades deberían sancionar a quien no cumpla la cuarentena? | | | |

P.26. En caso de que su residencia habitual no permitiera el aislamiento requerido por contagio o contacto, cuál de las siguientes opciones aceptaría (realizar solo a quien no tenga posibilidad de aislamiento domiciliario):

- P26.1. Alojamiento alternativo en su municipio
1. Sí 2. No 3. No estoy seguro/a
- P26.2. Alojamiento alternativo en otro municipio
1. Sí 2.No 3. No estoy seguro/a
- 2.1. Por qué no:
- 3. Otras opciones que prefiriere, indicar.....

MONOGRÁFICO 2.

Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental

MANUEL TORRES CUBEIRO
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA

Resumen: ¿Es posible una sociología de las enfermedades mentales? Este artículo aborda esta pregunta describiendo primero la falta de conocimiento contrastado sobre la dolencia mental (ignorancia). En segundo lugar, describe cómo los sistemas sociales abordan la complejidad que este hecho conlleva desde una sociología de sistemas. Una vez abordados estos dos elementos clave repasamos cuatro aportaciones en sociología de la enfermedad mental: primero, el concepto de alfabetización en salud mental de las sociedades contemporáneas; segundo, describimos el complejo entramado que asocia un estigma de violencia y peligrosidad a la dolencia mental; tercero, la propuesta de los modelos basados en agentes; y finalmente, los imaginarios sociales de la enfermedad mental como herramientas para comprender la simplificación de la complejidad y manejo de la ignorancia que

todo sistema social afronta. El artículo termina constando afirmativamente a la pregunta planteada y delimitando las condiciones de posibilidad de una sociología de la enfermedad mental.

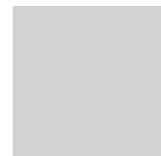
Palabras clave: Sociología médica, enfermedad mental, sociología sistemas, imaginarios sociales .

Ignorance and complexity: the sociology of mental illness

Abstract: Is a sociology of mental illness possible? This article addresses this question by first describing the lack of proven knowledge concerning mental health issues (ignorance). It then sets out to describe how social systems tackle such inherent complexity from the perspective of social systems theory. Following the discussion of these two key elements, we review four contributions to the sociology of mental illness: firstly, the concept of literacy in mental health in contemporary societies; secondly, we describe the complex framework that links a stigma of violence and dangerousness to mental health issues; thirdly, the proposal of models based on agents; and finally, the social imaginaries of mental illness as tools to understand the simplification of such complexity and the handling of ignorance that any social system needs to address. The article concludes with a positive response to the research question posed and defines the conditions required to make a sociology of mental illness feasible.

Key Words: Medical sociology, mental illness, sociology and systems, social imaginary.

M2: Ignorancia y complejidad: la sociología de la enfermedad mental



Manuel
Torres Cubeiro

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426228

Recibido: 30/06/2021

Aceptado: 23/09/2021

INTRODUCCIÓN

En un artículo de 2002 el sociólogo español Sánchez Moreno (2002) se plantea la existencia o no de una sociología de la enfermedad mental. Basándose en un artículo anterior (Thoits, 1999), pero sin tener en cuenta los manuales de la sociología médica americana (Cockerham, 2017)¹ Sánchez Moreno diferencia entre dos posibles sociologías de la enfermedad mental. Por un lado una teoría del etiquetado, la desviación social o del estigma. En esta teoría: *“La mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son otra cosa que un rol social y es la reacción social el determinante más importante en la adquisición de ese rol”* (2002: 38). Según este autor la teoría de la etiquetación disuelve la enfermedad mental sin ofrecer la identificación de las causas de la misma. No habría por lo tanto una sociología de la enfermedad mental en este primer planteamiento.

Una segunda teoría según Sánchez Moreno sería la teoría del estrés social. Una serie de características sociales (edad, género, ingresos, raza, etnicidad...) serían estresores, por ello mediadores causales en la aparición de la dolencia mental (2002: 45-6). Pero según este autor (2002: 47) esta segunda teoría describe un proceso más que explicar una causa, donde el término estrés oculta más información que describe (2002: 48). Ni la indefensión

¹ *“By acknowledging the bio-psycho-social complexity, both classifications recognize a reality of mental illness with multiple faces, with ontological, psychological and social elements”* (Cockerham, 2017).

aprendida ni el modelo de desesperanza (2002: 49) aportarían factores causales según Sánchez Moreno. La conclusión a la que llega Sánchez Moreno es coherente con este análisis: “ninguna de ellas [las dos teorías citadas] es capaz de dar cuenta de los factores determinantes para la aparición del deterioro psicológico” (Sánchez Moreno 2002: 51). En este artículo vamos a reformular el reto del planteamiento de Sánchez Moreno en su artículo de 2002.

¿Es posible una sociología de las enfermedades mentales²? Para contestar a esta pregunta vamos a dar un pequeño rodeo. Primero, constatamos un hecho que debería ser incuestionable para cualquier disciplina que se enfrente a las enfermedad mental: no sabemos (de ahí lo de ignorancia³) que es exactamente o que causa la enfermedad mental. En el año 2021 no existe aún, como se verá en un momento, aunque ha sido afirmada su existencia una y otra vez a lo largo de la historia de las diferentes disciplinas, un conocimiento científico de la(s) causa(s) de la(s) enfermedad(es) denominadas mentales. De ahí la primera palabra del título: ignorancia. Argumentaremos que es necesario partir del reconocimiento de esta ignorancia para poder comprender las posibilidades de una sociología de lo que se entiende por enfermedad mental.

Como segundo apartado de este escrito, nos adentramos en la delimitación de lo que es, en sociología de sistemas, la naturaleza de la sociedad. Desde la perspectiva de la sociología de sistemas sociales, la sociedad no es una realidad física u ontológica como una roca o un edificio, aunque como consecuencia de relaciones sociales las rocas se muevan de sitio y se construyan edificios. La sociedad, en teoría de sistemas sociales, no es tampoco una especie se meta-mente coordinada entre varios individuos miembros de una comunidad, aunque las interacciones sociales influyan en las realidades psicológicas o mentales. La sociedad no es

² Usamos sociología de las enfermedades mentales o de la salud en un sentido amplio, con aportaciones desde diversas ciencias sociales como la antropología (antropología médica o de la salud, o de la enfermedad mental), la sociología (sociología de la salud o enfermedad mental) y el trabajo social, por nombrar solo tres disciplinas.

³ Desde Sócrates se diferencia al sabio, por afirmar saber, del filósofo, quién reconoce su ignorancia y busca el saber. La ignorancia del primero no es reconocida, la del segundo es la curiosidad que alimenta el conocimiento científico.

ni una realidad ontológica ni una realidad psicológica, sino una realidad interpersonal, compleja. Desde la sociología de sistemas sociales, como veremos, la sociedad emerge en la historia evolutiva como simplificación para manejar la complejidad creciente de las interacciones entre humanos y hacer más factible la comunicación, y por lo tanto aumentar el improbable éxito evolutivo de la especie. La sociedad es, como veremos, una realidad interpersonal, ni una realidad física ontológica, ni una realidad psicológica, sino una realidad interpersonal o social.

Una vez delimitados el sentido en el que aparecen en nuestro título las palabras “ignorancia” y “complejidad” como elementos claves de una posible sociología de las enfermedades mentales, abordamos ya en el cuerpo del artículo, cuatro aproximaciones a la enfermedad mental en clave sociológica en los que estos dos elementos ya han sido tenidos en cuenta, como antecedentes posibles de una auténtica sociología médica de las dolencias o enfermedades mentales.

Primero delimitamos un concepto esencial que debería ser la base de una futura sociología de las enfermedades mentales. Nos referimos al concepto de **alfabetización (o no) en salud mental** de las sociedades contemporáneas. Un concepto creado en 1997, por el psicólogo social A. Jorm para designar la falta de alfabetización de la sociedad general en temas de salud mental. En segundo lugar, describimos las investigaciones sociológicas sobre el entramado complejo que asocia la violencia y la peligrosidad, como un **estigma**, a la dolencia mental. Algo aparentemente tan inevitable como la alfabetización, y fundamento de cualquier posible sociología de estas dolencias. Aludiremos a las investigaciones punteras de la socióloga Norteamérica B. A. Pescosolido y su equipo.

En tercer lugar, presentamos un ejemplo de una línea de investigación inaugurada en la Universidad de Santiago de Compostela por el profesor J.L. Pintos, y del que el autor de este artículo forma parte. Una línea de investigación centrada en la comprensión de cómo funcionan las simplificaciones que la sociedad ofrece de esa complejidad e ignorancia: los denominados **imaginarios sociales de la enfermedad mental**. Finalmente, abordamos brevemente el denominado **Agent based modeling**. Esta teoría aporta modelos cibernéticos de sistemas

complejos, ofreciendo una herramienta interesante en la comprensión de cómo los procesos de decisión individual generan conductas sociales. Aplicado a las dolencias mentales, la complejidad implicada en la comprensión de las conductas individuales (un agente en la denominación de esta teoría), en nuestro caso los individuos “tocados” por la enfermedad mental (pacientes/enfermos, familiares, profesionales de la salud mental) es como veremos alta. Cada conducta individual se integra en un entramado complejo de difícil, primero identificación como veremos, pero sobre todo, de difícil predicción. Los modelos basados en agentes individuales propuestos por esta novedosa teoría pueden ofrecer, creemos, luz en la comprensión de los procesos sociales que articulan y coordinan, sin aparente articulación ni coordinación, relacionados con las dolencias mentales. Esa comprensión nos parece, y así lo argumentaremos a lo largo del artículo, clave para una posible sociología de las dolencias mentales.

El artículo **finaliza**, a modo de propuesta, contestando a la pregunta con la que iniciábamos esta introducción. Teniendo en cuenta los argumentos presentados y los ejemplos de teorías, delimitamos las condiciones de posibilidad de una sociología de las enfermedades mentales.

IGNORANCIA Y COMPLEJIDAD: EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ES SOCIAL NO MÉDICO

La mejor constatación de nuestra ignorancia sobre las enfermedades mentales se encuentra en la inexistencia de una prueba médica para diagnosticarlas. No existe prueba fisiológica o test médico que pueda realizarse para asignar un diagnóstico de esquizofrenia o uno de depresión, dos de las dolencias mentales con mayor prevalencia (Fernández Liria, 2018). A lo largo de la historia de la psiquiatría (Berrios y Porter, 1995) y de los síntomas de las dolencias mentales (Berrios, 1995, 2008) se ha apostado por diversas hipótesis sobre su causa u origen, siempre basadas en el modelo prevalente en cada tiempo. En la época antigua se atribuía su causa a un desequilibrio en los humores o bilis; en la edad media a la influencia de los demonios o espíritus. En la actualidad, desde la revolución científica, la hipótesis predominante apunta a un desequilibrio en los neuro-trasmisores como causa

de estas patologías. Pero no existe ni ha existido hasta la fecha una prueba médica que permita un diagnóstico incontrovertido de lo que se ha denominado dolencia o enfermedad mental. Aunque los criterios de diagnóstico en psicología clínica y psiquiatría se hayan consolidado, gracias a las sucesivas versiones del DSM (*Manual de diagnóstico estadístico*) y de la CIE (*Clasificación Internacional de las Enfermedades*), actualmente en sus versiones quinta y décima respectivamente (*American Psychiatric Association*, 2013, 2014; WHO, 1993); no hay a día de hoy una prueba diagnóstica inequívoca o universal. Un individuo con un diagnóstico afianzado de esquizofrenia o de depresión, ha conseguido, por norma general, una larga serie de etiquetas diagnósticas diferentes, en una prolongada carrera antes de consolidar el diagnóstico “definitivo” que tiene en el presente (Torres Cubeiro, 2012a; Cockerham, 2017).

La pregunta clave entonces es: si no existe una prueba única, ¿qué es entonces una dolencia mental? La OMS (*Organización mundial de la salud*) y la APA (*Asociación Americana de Psiquiatría*) la definen con criterios “bio-psico-sociales”. Establecen tres ejes: (1) uno biológico o médico, (2) uno psicológico o mental; y finalmente, (3) un eje social; además de la interacción entre los tres (*American Psychiatric Association*, 2014; WHO, 1993). El diagnóstico de una dolencia mental se establece pues tras una entrevista clínica (*American Psychiatric Association*, 1999) con un especialista que ha de recoger información sobre estos tres conjuntos de elementos: los bio médicos, los psicológicos y los componentes sociales. Veamos un ejemplo de cómo funciona.

El primer eje del diagnóstico diferencial implica el *descarte* de toda patología bio médica. La *American Psychiatric Association* y la OMS afirman que tras *desestimar* la existencia de otras dolencias bio-médicas, el paciente debe, para cada etiqueta diagnóstica psiquiátrica, manifestar un número de síntomas prefijado en un periodo de tiempo fijado en cada dolencia. Estos criterios temporales han sido establecidos, afirman los manuales, siguiendo criterios estadísticos consensuados. La existencia de esos síntomas (o no) es determinada por medio de pruebas psicológicas y/o en la entrevista con el paciente o sus allegados. El listado de síntomas de cada dolencia es, teóricamente, producto de comités internacionales que usan las estadísticas oficiales de cada país para *consensuarlos*.

Examinamos a continuación, a modo de ejemplo, el caso del listado de síntomas para el diagnóstico del denominado “Trastorno de depresión mayor” del DSM (*American Psychiatric Association* 2014: 105). Copiamos a continuación el listado de síntomas. El médico o psicólogo, con su experiencia clínica, debe decidir si en el paciente se manifiestan estos síntomas, o no. En la lectura de la larga cita que copiamos a continuación le pedimos al lector que al mismo tiempo que lee el listado de síntomas, piense en *cómo* el especialista decide si el síntoma esta o no presente en el paciente. Es decir, el lector debe hacerse la siguiente pregunta: para decidir en cada síntoma, el especialista ¿se basa en una prueba objetiva (un test fisiológico o médico)? o ¿en la comunicación entre el paciente (y/o sus allegados) con el clínico? Veamos:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*

7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*

8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).*

9. *Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.” American Psychiatric Association, 2014: 104-7).

Al leer con detenimiento el listado de síntomas para el “trastorno depresivo mayor” se constata que la decisión de si el paciente padece o no los síntomas de un trastorno depresivo se fundamenta no en una prueba biomédica objetivable sino en la comunicación entre el facultativo y el posible paciente (y/o sus allegados). Es decir, en la interpretación de la comunicación entre el facultativo y su paciente se deben utilizar criterios establecidos para cada síntoma de acuerdo con los estándares aprendidos por el facultativo en un momento y en un tiempo concreto. Depende por lo tanto, tanto de la formación del médico de familia,

psiquiatra o psicólogo (véase: Labora, 2016), como de la formación y expectativas del paciente. En definitiva, si un síntoma se “ve” o “percibe” como existente en un paciente, depende de un proceso de comunicación. Este proceso es un proceso social, no médico. La clave está, como veremos en un momento, en la comunicación de las simplificaciones de la complejidad relacionada con la enfermedad mental y cómo manejar la ignorancia sobre sus causas.

Resumiendo, no sabemos la causa o origen de las denominadas enfermedades mentales. No existe prueba médica para detectarlas. Pero lejos de aceptar esta falta de reconocimiento y afirmar categóricamente nuestra ignorancia, los manuales de diagnóstico psiquiátrico en uso defienden la existencia de una causa biológica (desequilibrio en neurotransmisores) mientras diagnostican con criterios sociales. Veamos ahora, qué papel juega la complejidad, y cómo veremos la sociedad, en la delimitación de esos criterios sociales.

IGNORANCIA PSIQUIÁTRICA: COMUNICACIÓN SOCIAL EN CONTEXTOS COMPLEJOS, LAS CIENCIAS PSI

Relacionado con lo el diagnóstico psiquiátrico, el sociólogo americano de la medicina y de las dolencias mentales Cockerham señala en su ya clásico manual de sociología médica de 1981: *Sociology of mental disorder* (Cockerham, 2017) que no se sabe a ciencia cierta cual es la causa de las dolencias mentales. Cockerham lo afirma con contundencia:

“...there is as yet no conclusive explanation of the causes of mental disorder nor a established cure – despite all the cost, effort, and attention that mental illness has generated throughout human history” (Cockerham, 1996: 28).

Como consecuencia, para detectar una dolencia mental los criterios han sido y son sociales, pues para detectar una dolencia mental esta tiene que ser vista como

“a significant deviation form standards of behavior generally regarded as normal by the majority of people in a society. The relevance of this [...] is that, even though a pathological mental condition is something that exist within the mind of an individual, the basis for determining whether

a person is mentally ill often involves criteria that are also sociological” (Cockerham, 1996: 2).

Si no existe una causa médica clara y no hay una prueba diagnóstica única, ¿en que consiste el trabajo de la psiquiatría? Afir-mar que la dolencia mental es definida socialmente no es negar su existencia ontológica, todo lo contrario. No se niega la realidad del sufrimiento psíquico o psiquiátrico al constatar su construc-ción social. No se está afirmando que sea una fabricación inten-cionada como parece dependerse de algunas interpretaciones de la antipsiquiatría (Szasz, 1974; 1997). La construcción social de la dolencia mental no implica una construcción carente de realidad (Horwitz, 2002) sino la delimitación de su evidente esen-cia social, comunicativa. Aún en el caso de que supiéramos la causa médica de la dolencia mental, la difusión de esa informa-ción dependería de la comunicación social. Que la ciencia sepa a ciencia cierta la cadena completa de un virus, no conlleva ni la difusión completa de esa información a todos los miembros de una sociedad (incluidos los médicos), ni que ese conocimiento solucione todos los problemas relacionados con la incidencia del virus. En este sentido el psiquiatra español Fernández Liria afir-ma, en cuanto a las dolencias mentales que:

“La Psiquiatría no es una ciencia porque el objeto de la ciencia es producir conocimientos y el de la Psiquiatría es producir un bien social. Tampoco son ciencias la Medicina, la Arquitectura, o las ingenierías... A estas disciplinas las denominamos tecnologías” (Fernández Liria, 2018, p. 20).

La tesis Fernández Liria es que la Psiquiatría, entendida como el *“modo de concebir y enfrentar la pérdida de la salud mental”* (2018: 15) no puede explicarse por lo que han dicho o pensa-do sus psiquiatras, *“sólo puede entenderse comprendiendo las sociedades a las han servido, como resultado de un cambio en los encargos que definen una función social”* (2018: 15). Por ello afirma que:

“Entendemos mejor la evolución de la Psiquiatría y las disciplinas afines si consideramos las teorías en las que han pretendido basarse como la ideología – en el sentido de falsa conciencia que Marx da a este término – con la que los psiquiatras y profesionales afines pretenden justificar una práctica que les viene reclamada desde afuera” (2018: 5).

La función social de la psiquiatría es y ha sido sentar la bases de una comunicación social exitosa para manejar “*la pérdida de la salud mental*” (2018:15). Dado que, como veíamos no se conoce a ciencia cierta la causa de esa pérdida, y que su detección se fundamenta en la desviación de la normalidad, el trabajo de la psiquiatría es generar expectativas plausibles para aumentar las posibilidades de manejar esa desviación de la normalidad con cierto éxito. Detengámonos un momento en la comprensión de cómo funciona la construcción de la comunicación en la sociedad.

Tenemos por lo tanto que la psiquiatría, ciencia especializada en las dolencias mentales, no ha detectado una causa definida del comportamiento definido como locura. Como hemos visto los manuales de psiquiatría definen los trastornos como una matriz compleja de elementos interrelacionados. Siendo el manejo de la complejidad el elemento definitorio de los sistemas sociales.

Vamos a adoptar una perspectiva basada en una sociología de los sistemas sociales, inspirada en el alemán N. Luhmann. Desde esta perspectiva, una sociedad es un sistema surgido en la evolución para generar simplificaciones de la complejidad y aumentar las posibilidades de éxito. La sociedad es desde este punto de vista, un sistema de comunicación que asegura el éxito comunicativo, pues con las simplificaciones generadas aumentan las posibilidades de éxito de las comunidades humanas. Las sociedades funcionan en sociología de sistemas con comunicaciones, no con individuos (Izuzquiza, 1990; Luhmann, 2007). Un sistema social es precisamente el mecanismo que emergió en la evolución humana para asegurar mayor probabilidad de continuidad de los grupos humanos, algo de por sí altamente improbable.

De alguna manera, mediante la repetición recursiva en la comunicación de unas simplificaciones y no de otras, las sociedades se aseguran de que cierta información, y no otra, sea seleccionada. Digamos, por ejemplo, un psiquiatra afirma ante su paciente que éste padece esquizofrenia. El sistema social, en la actualidad a través del trabajo de los medios de comunicación, pero también a través de la educación, se asegura que ambos interlocutores tengan mayores posibilidades de comunicación. Para el médico “esquizofrenia” no significa en absoluto lo mismo que para el paciente, pero el término le permite pensar y actuar

como si se entendieran, es decir, actuar coordinados. La sociología de la medicina y de las enfermedades mentales estudia los procesos que permiten esa coordinación, no el comportamiento o la “realidad” bio-médica de la dolencia mental (otras ciencias se ocupan de él). Mientras que para el médico tenemos una etiqueta diagnóstica según los criterios de la psiquiatría en cada momento, una etiqueta que cumple múltiples funciones; en el caso del paciente el término “esquizofrenia” describe más bien una experiencia vital. La sociedad es el dispositivo comunicativo que se ha asegurado de que ambos asuman que entienden al otro, presuponiendo ambos que la palabra “esquizofrenia” significa más o menos lo mismo para el otro⁴. La sociedad funciona para aumentar las improbables probabilidades de la comunicación. La sociedad como sistema se asegura de que las observaciones integrantes de cada comunicación funcionen, más o menos, en contextos complejos. Pero, ¿qué es la complejidad social?

Las sociedades funcionan en entornos complejos (Torres Cubeiro, 2012a). La complejidad es la imposibilidad de relación entre todos y cada uno de los elementos de un sistema. Si pensamos en una nube de estorninos, cada pájaro individual selecciona los movimientos a realizar sin reaccionar nada más que a los más cercanos a él; sin embargo, desde el exterior, la nube de estorninos (la sociedad en nuestra metáfora) parece seguir una pauta coherente y prefijada (Dawkins, 2009). La complejidad en sentido luhmaniano describe precisamente este mismo fenómeno en la comunicación como base de la sociedad. Apliquémoslo a la enfermedad mental.

Los estándares de psiquiatría definen la enfermedad mental, como veíamos, como una “realidad” entrecruzada entre elementos biomédicos, psicológicos y mentales, es decir, una realidad compleja. Dado que ignoramos la causa de las dolencias mentales, pero aunque la conociéramos, lo que entendemos por enfermedad mental es una construcción social generada en la comunicación con simplificaciones (Torres Cubeiro, 2012a). La definición, detección y comprensión de la enfermedad, se

⁴ Luhmann (1998) denomina a esto doble contingencia: en una interacción comunicativa ni el emisor ni el receptor del mensaje están seguros de que el otro entienda y actúe en el mismo sentido. Los significados y sentidos “compartidos” atribuidos al otro son la base social (comunicativa) sobre la que se construye el sistema social.

encuentra mediada por la sociedad. Las sociedades socializan a sus miembros con simplificaciones de la complejidad, generando roles, expectativas, atribuciones sobre la enfermedad. Parsons definió el rol del enfermo (Parsons, 1975) como el conjunto de expectativas que permiten guiar la comunicación cuando aparece una enfermedad. El médico y el paciente han sido socializados y detectan, identifican y comprenden lo que le pasa al paciente usando esas simplificaciones.

Todo sistema funciona como si fuera a permanecer igual que en el pasado, pero irremediamente cambia, se transforma y evoluciona (Luhmann, 2007). Usemos un ejemplo de la psiquiatría del siglo XIX, cuando en Galicia se abre el primer y único gran manicomio en Conxo, a las afueras de Santiago de Compostela. La curia Compostela recupera la propiedad de las tierras que habían sido transferidas a la diputación en los años 60 (Torres Cubeiro, 2010). Los “pobres alienados” no tenían, se razona en los periódicos de la época, lugar donde ser tratados. Coincidiendo con un periodo políticamente convulso en toda la Península, el cardenal de la catedral de Santiago logra firmar acuerdos con las diputaciones provinciales que por ley debían atender a estos “alienados”. La prensa local repite con bastante insistencia la necesidad caritativa, cristiana, de atender a los “dolientes”. Luhmann define la evolución social en tres pasos (Luhmann, 2007). Un sistema social repite su código, el que ha funcionado hasta ahora, con la intención de que no cambie. Nuestro obispo, sin coordinación directa con la prensa, aunque socialmente comunicándose con ella, establece una nueva manera de entender lo que luego será la dolencia mental. Para hacerlo ancla la innovación (el manicomio) en los valores religiosos (la caridad). Anteriormente, los dolientes debían permanecer en las casas, o si hacemos caso de la antropología médica, eran “tolerados” en sus parroquias (González Fernández, 1992). Un sistema social nuevo está emergiendo en ese momento en que se abrirá el nuevo manicomio: una nueva concepción de la locura que la separa de la iglesia, la psiquiatría científica aparece en toda Europa asociada a los manicomios (Huertas, 2012; Porter, 1989; Ullerspeger, 1954). En Galicia este nuevo paso (nuevo sólo desde nuestro presente), está anclado en los códigos comunicativos, religiosos, del pasado. Una vez aparecido una nueva forma, una mutación en la replicación del sistema, hay básicamente dos posibilidades: o es aceptada, o no es aceptada. En nuestro caso,

la interpretación prevalente en el siglo XIX asociada a la Beneficencia y a la Caridad (Torres Cubeiro, 2010) se enfrenta a una interpretación emergente, es decir a una nueva forma de encarar la locura. Pero los manicomios, no se aceptan sin más. Poco a poco, repitiendo una y otra vez en los periódicos, acumulando pacientes, generando conocimiento en las universidades y distribuyéndolo progresivamente en las escuelas, irá ganando la versión médica credibilidad y aceptación. Así en 1885 Conxo solo cuenta con unos pocos internos, pero unos pocos años después, 1906, se ha ampliado, el manicomio ha dejado de ser una obra de Beneficencia y se ha convertido en una sociedad mercantil que genera beneficios económicos (véase: Torres Cubeiro, 2010). De una lógica comunicativa religiosa, nunca del todo abandonada, se fue adoptando una lógica comercial poco a poco perfectamente engarzada con la emergente psiquiatría científica.

La evolución social es por lo tanto evolución comunicativa. La comunicación funciona recursivamente de la siguiente forma: dos sistemas se comunican cuando uno elige algo, primero, como información. Un sistema, digamos, una persona, selecciona de entre una gran cantidad de posibilidades, en nuestro ejemplo hablar del manicomio en términos de beneficencia en un periódico de 1885. El lector, el otro sistema receptor de la emisión comunicativa del periodista, debe decidir si aceptar o no esa información. Si la acepta, y no podemos asumir que al hacerlo piense exactamente en lo mismo que pretendía el autor del artículo, la comunicación puede seguir. Si no acepta la intención comunicativa del autor, la comunicación pese a ello continúa, pues la respuesta (de no aceptación) influye en el proceso comunicativo. Desde el punto de vista del sistema, la comunicación, aun siendo rechazada, y digamos cuestionada, la comunicación continúa. Y es en esa continuidad donde la repetición genera el sentido. Los sistemas sociales son producto de la repetición de ese mismo proceso con opciones, una y otra vez. La apertura del manicomio genera flujo de comunicación en el que se genera la semántica donde su apertura adquiere sentido. La suma de todas las aceptaciones y de todos los rechazos determina la comprensión social, en nuestro caso, del manicomio. Poco a poco los cambios en el contexto social van aumentando la plausibilidad de otras formas de entender lo que es un asilo, un manicomio. Es difícil pensar que tuviera éxito en 1885 en Galicia un artículo en una revista científica, o en

un periódico, sobre el papel de los neurotransmisores en la asimilación de la serotonina en los procesos depresivos agudos. No porque no fuera “verdad”, sino porque socialmente no se había “evolucionado” en esa dirección.

Como vemos, todo sistema social está en permanente evolución, jugando en un conjunto de sentidos posibles que se contradicen en la complejidad del flujo de la comunicación. No existe la sociedad como existe una roca. No existe cultura o sentidos socialmente compartidos como existe un río. La sociedad tiene una realidad diferente a la ontológica de roca o el río. Es así, porque la sociedad es comunicación en constante proceso de mantener la permanencia. Pero a diferencia de las cosas materiales, lo social está irremediablemente sometido al cambio. La sociedad no es una realidad ontológica como una cosa material, ni es una realidad psicológica como un sentimiento, sino una realidad intersubjetiva, como lo que entendemos por amor romántico (Luhmann, 1985). En el amor son las expectativas de dos personas las que crean “su” amor (Harari, 2014). Por eso solemos decir que las sociedades no aprenden, que repiten sus mismos errores. Sociológicamente esa afirmación está mal formulada, pero es válida en la comunicación social. Pero no se puede tocar como una realidad física, aunque las consecuencias de la comunicación social, de la sociedad, son bastante peores que las meramente físicas. Así, el genocidio de los “deficientes mentales”, en los regímenes fascistas de la segunda guerra mundial, fue posible socialmente porque la comunicación social le daba sentido. El miedo como herramienta comunicativa, la pobreza económica de la depresión contextualizan la lógica del exterminio de los “deficientes mentales” primero, para desembocar después en el genocidio generalizado e industrialmente organizado de los campos de concentración.

Recapitulando, hemos constatado nuestra ignorancia sobre las dolencias mentales y hemos descrito los procesos sociales por los que se generan expectativas con sentido que explican cómo funciona el diagnóstico psiquiátrico. La ignorancia y la complejidad son sus bases. Necesitamos recuperar la pregunta que nos hacemos en el título del artículo: ¿es posible una sociología de las dolencias mentales? La sociología de sistemas nos ha delimitado la naturaleza comunicativa de la sociedad. Una sociología de las dolencias mentales debe por lo tanto

describir los procesos comunicativos en los que se generan las expectativas para que el diagnóstico psiquiátrico, aunque basada en la ignorancia, sea aceptado y tenga sentido. Como anunciábamos en la introducción vamos a ver cuatro ejemplos de investigaciones en ciencias sociales que parten de la ignorancia y la complejidad que hemos señalado. Un primer ejemplo del estudio de las simplificaciones que la sociedad genera para abordar la ignorancia y la complejidad relacionadas con la dolencia mental son denominados imaginarios sociales de la enfermedad mental.

IMAGINARIOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Cuando vamos al supermercado a comprar un producto nos enfrentamos a un reto homérico: el número de opciones es casi infinito y debemos elegir siempre con poco tiempo. Elegir un detergente para la ropa, pero: ¿de qué precio?, ¿con qué aroma?, ¿ecológico?, ¿con aditivos químicos?, ¿marca blanca o marca comercial?, ¿tamaño?, etc. La publicidad y la presentación de las opciones en los estantes del supermercado “guían” nuestra elección.

De la misma manera ante un comportamiento bizarro, inexplicable nos enfrentamos a una tarea verdaderamente homérica: ¿es una enfermedad? o ¿es una elección “culpable” de un individuo indeseable?, ¿se puede curar?, ¿cómo? De entre todas las explicaciones posibles, ¿con cuál me quedo para interpretar lo que veo?: ¿mal aprendizaje, enfermedad mórbida subyacente, factores sociales o un conflicto edípico no resuelto? ¿violento peligroso o creador excéntrico?, ¿posesión demoniaca o stress psicológico?, ¿vivencia invivible desde una siempre presencia del familiar o simple rareza graciosa? O ¿desequilibrio hormonal?, o ¿desequilibrio de la serotonina? O, puede que sea una herencia genética que el individuo no supo manejar. Existen infinidad de opciones que aparecen en nuestra mente para interpretar el comportamiento extraño, pero ¿con cual nos quedamos? El sistema social a través del proceso de socialización nos lanza a un conjunto amplio de posibilidades, nos pone delante un “pool” semántico. Ahora tenemos que decidir cual de esas posibles interpretaciones es la “verdad”. Tenemos que discriminar y seleccionar para encontrar el sentido,

comunicarnos y actuar. Los imaginarios sociales son las guías con las que poder seleccionar⁵.

Los imaginarios sociales no hacen desaparecer la incoherencia, la ignorancia, la complejidad, el caos o las inconsistencias, sino que alimentándose de ellos, construyen vínculos sociales. En ese caldo de cultivo, en un contexto social complejo, aparecen los equipos interdisciplinares en las unidades de salud mental (Torres Cubeiro, 2009a, 2009b). Es allí donde psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras trabajan juntos, comunicándose en un “pool” (caldo de cultivo) semántico contradictorio, social.

Los imaginarios sociales de la dolencia mental construyen sociedad al permitir soñar, imaginar, la cura de la enfermedad mental. En otro lugar hemos diferenciado cuatro imaginarios sociales utilizados para pensar, actuar y comprender la enfermedad mental (Torres Cubeiro, 2012b). Uno de ellos es el dominante, el construido sobre el modelo de enfermedad como entidad mórbida subyacente. Una enfermedad es, para este imaginario, una entidad o síndrome que afecta al ser humano siguiendo un curso predecible. La malaria, el sarampión o un catarro son ejemplos modelo. Una dolencia se adquiere o contrae, ésta tiene un curso de desarrollo predecible, y es por ello que los médicos pueden detectarla a través de los síntomas; atajarla y paliar sus efectos. En la psiquiatría se ha añadido al imaginario social de enfermedad el adjetivo de mental, sin embargo el peso dominante perceptivo recae en la semántica del concepto de enfermedad. El imaginario social de enfermedad mental se vio reforzado al atribuir a la química cerebral, nunca completamente comprendida, la causa de la dolencia. Los éxitos de la biotecnología en otros campos médicos, especialmente la genética, alimentan este imaginario social. La promesa del proyecto Genoma Humano encierra la esperanza de encontrar los desencadenantes genéticos de cada dolencia mental. La promesa de medicinas generadas con células diseñadas para cada persona alimenta no sólo a la industria biotecnológica sino al propio sistema médico.

⁵ Sobre el concepto de imaginarios sociales véase: Pintos, 1995; Torres Cubeiro y Carretero, 2019; Torres Cubeiro, 2015, y el Grupo Compostela para el Estudio de los imaginarios sociales, GCEIS.

La dolencia mental como “problema psicológico” es el segundo imaginario social. La psicología se diferencié entre las disciplinas científicas al observar el comportamiento humano gracias a lo que hoy llamaríamos “cognición”, en un sentido amplio. Las múltiples escuelas surgidas desde entonces comparten un imaginario social del comportamiento bizarro, extraño o caótico. Cada humano tiene una visión idiosincrática del mundo (cognición) construida en su experiencia vital que da coherencia a su comportamiento. La dolencia mental o el malestar psicológico, es producto de visiones ya consolidadas o aprendidas. De alguna manera, la actuación del psicólogo detecta esos procesos de aprendizaje erróneo consolidados, buscando reeducar. Alimentándose en otros imaginarios sociales, la dolencia mental o locura es percibida como una dolencia psicológica cognitiva o del comportamiento que causa stress y/o una adaptación no estable al entorno del individuo (Tyrer y Steinberg, 2006). La psicología ofrece un imaginario social menos rígido que el de la psiquiatría, aunque emparentado con el imaginario de la enfermedad como entidad mórbida subyacente. Un elemento esencial de este imaginario social son los test de diagnóstico psicológico. Con un aurea cuasi mágica se pide al psicólogo de las unidades de salud mental (Torres Cubeiro, 2009) que detecte los “mal-aprendizajes”.

La sociología aparece como ciencia en el siglo XIX para ofrecer una descripción de un sistema social cada vez más complejo e inabarcable (Luhmann, 2007). Uno de sus fundadores dedicó un libro completo a un tema que aparentemente no tenía ninguna explicación social: el suicidio. Hablamos del clásico de Durkheim (1989) *El Suicidio*. Durkheim detectó la conexión de variables sociales con una conducta en apariencia idiosincrática. Ya en el siglo XXI todos los manuales de sociología médica de la dolencia mental tienen capítulos dedicados a analizar las relaciones de la dolencia mental con: clase social, raza, edad, género, estado marital, vida rural o urbana, migraciones, etc.⁶ La imagen aquí construida es que está asociada a variables sociológicas, sino ¿cómo explicar que haya más entre las mujeres?, o ¿cómo comprender que la prevalencia y pronóstico de casi cualquier

⁶ Véase a modo de ejemplo: Brown, 1989; Cockerham, 2017; Gallagher, 1980; Levison, 1971; Prior, 1993.

dolencia mental sea peor entre las clases sociales con menos recursos? La percepción comunicada es que la dolencia mental aparece y se mantiene por causas sociales (Tyrrer y Steinberg, 2006: 99-105).

El cuarto imaginario social es el proveniente del psicoanálisis. El imaginario social psicoanalítico percibe la locura como conflicto emotivo provocado por el trance edípico. Cada humano vive un deseo que ha de reprimir, con esa represión, según Freud, nos educamos y socializamos. Ese conflicto edípico crea en cada humano un inconsciente con unas reglas idiosincráticas. Al seguirlas cada uno de nosotros se relaciona con el mundo. La psicosis y la neurosis, conceptos creados pro Freud, son dos formas patológicas de resolver “en falso” el deseo y su necesaria represión. En el imaginario social el médico psiquiatra se encargaría de los casos más psicóticos, dejando para el psicoanalista los casos de neurosis. Su parecido con el imaginario social psicológico es evidente, pero lo diferenciamos de aquél por su importancia en la semántica de los imaginarios sociales de la locura.

Sociológicamente no es relevante si el imaginario social aporta verdad o no, sociológicamente describimos cómo sirven para construir sentido comunicativo donde no lo había. Pues un sistema social no se arriesga en una única apuesta, sino que los imaginarios sociales de la dolencia mental siguen siendo múltiples e incoherentes. De ahí que la labor del sociólogo sea explicar porque al “comprar” en el supermercado de ideas seleccionamos para nuestro vecino, hermano, paciente o familiar, uno de los imaginarios sociales y no los otros. La semántica social ofrece un amplio universo de significado donde “comprender” lo incompreensible en su complejidad.

Como vemos, la locura o la enfermedad mental son definidas socialmente en la comunicación social. Los imaginarios sociales simplifican esa complejidad y permiten el manejo de la ignorancia, La ignorancia de sus causas y la complejidad de su naturaleza nos han servido para definir como es construida socialmente su definición. Antes de entrar en la delimitación de las posibilidades de una sociología de la dolencia mental, hemos de detenernos en dos asuntos: por un lado lo que se ha denominado alfabetización

en salud mental, y por otro la comprensión del estigma asociado a las dolencias mentales en todas las sociedades.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL: COMUNICACIÓN DE LA IGNORANCIA

La OMS señala que un 25% de la población está en riesgo de padecer una enfermedad mental (Sturgeon, 2006). Un 25% de las familias tienen un miembro con una persona con una dolencia mental (Jorm, 2012). Los trastornos mentales suponen un 17% de la discapacidad a nivel mundial (Alonso et al., 2013). Un informe de 2010 sobre “enfermedades del cerebro” eleva a un 33% el riesgo en Europa de padecer estas dolencias (Olesen et al., 2012). Aplicado a España (Parés-Badell et al., 2014) el impacto económico de los trastornos relacionados con el cerebro ronda el 8% del PIB suponiendo un gasto de unos 1.700 euros per cápita anuales y unos 2.500 anuales para cada persona afectada (Olesen et al., 2012; Parés-Badell et al., 2014). Además, según la OECE en países desarrollados el impacto de costes directos e indirectos asociados a las dolencias mentales es superior al 4% del PIB (OECD, 2014).

Mientras tanto sólo una minoría de la población busca ayuda el primer año de la aparición de los síntomas iniciales para lo que será posteriormente un diagnóstico de dolencia mental (Jorm, 2012, pp. 1-2). Los estudios indican que se tarda una media 15 años en reconocer y/u obtener un diagnóstico para las enfermedades mentales (Jorm, 2012, pp. 1-2). Lo cual conlleva un retraso en la búsqueda de tratamientos o terapias (Jorm, 2012, p. 2), aumentando riesgos y costes. Dado que el desarrollo de las dolencias mentales es mayoritariamente en la primera juventud y la adolescencia, pero tienden a convertirse en enfermedades crónicas, la incidencia y coste se multiplican (Alonso et al., 2013).

En claro contraste con estos datos epidemiológicos, Jorm (2012) indica que el gasto en salud mental no se corresponde este impacto en la población. En España, según datos del Banco Mundial (2016), el gasto general en salud (privada y pública) era del 9.6% del PIB en 2010, bajando hasta el 8.9% en 2013. La media de la Unión Europa ronda el 10% del PIB en las mismas fechas. Pero del montante total del gasto sanitario en Europa, el

10% se destina a programas de salud mental, bajando en España hasta un 5% del gasto sanitario (Ministerio de Economía y Competitividad, 2014, pp. 10–14).

Existe pues una discrepancia entre el impacto de las dolencias mentales (25 % población) y el gasto dedicado a ellas: entre un 5% y un 10% del gasto total sanitario, que no supera el 10% del PIB. Tenemos pues una contradicción entre lo que sabemos sobre las dolencias mentales, su incidencia en las poblaciones y los recursos asignados a ellas. Esta discrepancia no es un problema médico, ni un problema económico. Es un problema social. La sociología, consciente de esta evidencia, ha generado los tres conceptos. Veamos primero el concepto de Alfabetización en Salud Mental acuñado en 1997 en Australia.

El concepto de Alfabetización en Salud Mental aparece en un artículo en 1997 del australiano A.F. Jorm. En este primer artículo (Jorm et al., 1997), Jorm presenta una encuesta en Australia y define la ASM con varias dimensiones. Así, la ASM es definida como

“el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La alfabetización en salud mental incluye: la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo”(Jorm et al., 1997, pp. 182-3).

En una publicación reciente (Jorm, 2015) Jorm describe cómo desde 1995 ha habido en Australia sucesivas campañas en las que se ha buscado aumentar la alfabetización del público en general en temas de salud mental. Jorm alude a una campaña centrada en la depresión, *Beyond Blue*, (Jorm, 2015, p. 1167), y otra centrada en mejorar las actitudes de la población en general para ayudar en casos de dolencia mental, *Mental health first aid* (Jorm, 2015, p. 1167). Quizás lo más significativo es que Jorm constatan la escasa eficacia de campañas bien intencionadas. Jorm apunta como causa, el no tener en cuenta lo que sí sabemos sobre encuestas ya realizadas en alfabetización en salud mental.

Jorm anota la escasa eficacia de las campañas no diseñadas sin un previo estudio de la población y de aquellas campañas estatales no pensadas para atajar dimensiones específicas (no generalistas) de la ASM (Jorm, 2015, p. 1160). Indica además la importancia de ese trabajo de diseño para no incrementar, como veremos, el estigma asociado a las dolencias mentales. Es decir, sin tener en cuenta el conocimiento ya existente las campañas que buscan aumentar el conocimiento en salud mental, no sólo no lo logran, sino que aumentan el estigma asociado a las dolencias mentales.

ESTIGMA EN SALUD MENTAL: LAS EXPECTATIVAS GANAN EN LA COMUNICACIÓN

Un elemento clave para entender la distancia entre el conocimiento científicamente contrastado y lo que la población general conoce de las dolencias mentales proviene del concepto de estigma social, acuñado por Goffman en clara relación con esta temática. E. Goffman en 1963 escribe su obra *Estigma* (1980). Una identidad estigmatizada, argumenta Goffman, surge en un proceso social donde las interacciones con los otros lo desvían de lo considerado como identidad normal. El estigma nace de la interacción con el grupo, subraya Goffman. En una obra posterior, *Internados* (Goffman, 1972), el mismo autor analiza la situación de los diagnosticados como enfermos mentales utilizando el concepto de estigma. Goffman describe los procesos por los que en los manicomios (instituciones totales en su terminología) se aprende a manejar la vida con la dolencia mental dentro del estigma con el que socialmente se la etiqueta. Posteriormente la sociología de la desviación ahondó en la etiquetación como fenómeno sociológico principal en el proceso de construcción social de la dolencia mental⁷.

En los años 90 del siglo XX, con una orientación pragmática, Bernice Pescosolido inicia un esfuerzo investigador sobre el estigma asociado a las dolencias mentales. En 1992 Pescosolido publica un artículo titulado: *Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help* (Pescosolido, 1992a). En él fundamenta con resultados de encuestas nacionales en EEUU un

⁷ Véase entre otros Becker, 1971, 1973; Scheff, 1975b, 1975a.

modelo donde la atribuida decisión individual racional al seleccionar ayuda médica, se muestra errónea. Por lo tanto, el sentido común que nos indica cómo toman las personas sus decisiones está equivocado. Pescosolido señala que son los “patrones contruidos socialmente para tomar decisiones” de salud los que explican el comportamiento individual (1992a, p. 1096), no la atribuida racionalidad.

Con esta investigación inicia Pescosolido una larga carrera de investigaciones sobre cómo el estigma asociado a las dolencias mentales media en la percepción que tenemos sobre ellas, pero también en las campañas diseñadas, como veremos, para paliarlo. En años sucesivos publica con otros investigadores artículos y capítulos de libros apoyando esta afirmación⁸. Resumimos brevemente las principales aportaciones de este esfuerzo. La decisión de acudir o no a un especialista está mediada por las reacciones del medio y los otros significativos del individuo, sin que el cálculo racional se muestre en las encuestas como el procedimiento decisivo en la toma de decisiones. Son las reacciones al estigma percibido, argumenta Pescosolido, las que explican la decisión de no acudir al especialista médico antes los primeros síntomas, o la decisión de no contar lo que estamos viviendo a nuestra familia o en el trabajo: “los síntomas de enfermedad mental se mantienen fuertemente conectados para el público con temores sobre su potencial violencia y con deseos de distancia social” (Link, 1999, pp. 1328). La lejanía deseada del diagnosticado con una dolencia mental y la atribución de una posible violencia, dos elementos estigmatizantes, son repetidamente encontradas en la literatura especializada. Esto conlleva inevitablemente efectos negativos para los diagnosticados con estas dolencias: difícilmente buscarán a un psiquiatra por temor al estigma asociado, a la percepción atribuida al diagnóstico, sea cierta ésta o no (Link, 1999, pp. 1332-3).

En una publicación posterior Pescosolido apunta otra característica del estigma: aquellos que atribuyen los problemas mentales a causas estructurales, no a causas genéticas o biológicas, tienen más probabilidad de desear una mayor cercanía con los

⁸ A modo de ejemplo véase: Alegría et al., 1997; Pescosolido, B., 1992b; Pescosolido, 1993, 1996, 2016; Pescosolido et al., 1998; Pescosolido & Boyer, 1999; Pescosolido y Martin, 2015) 5

diagnosticados (Martin et al., 2000, p. 208). En consecuencia, propone que las campañas de educación en salud mental tengan en cuenta estos datos repetidamente contrastados. Su trabajo nos hace entender científicamente cómo media el estigma en la toma de decisiones, destinada a la lucha contra el estigma y sus consecuencias.

Resumiendo, Pescosolido analiza las relaciones entre alfabetización y estigma en un artículo de 2013 titulado: *The Public Stigma of Mental Illness* (Pescosolido, 2013). El artículo concluye con la afirmación de que la percepción de la violencia como algo esencial y asociado a la Dolencia Mental no ha perdido importancia social, sino que los datos sugieren que esa asociación persiste en el tiempo e, incluso, ha aumentado (Pescosolido, 2013). Jorm, el mismo autor de referencia en ASM, señala esta relación con el estigma:

“Aunque se ha detectado una mejora en las escalas que miden la alfabetización en salud mental, esta mejora no va asociada con una reducción de la percepción de peligrosidad o impredecibilidad percibida en las personas con un diagnóstico de dolencia mental, si se ha reducido el deseo de distancia social respecto de la dolencia mental” (Reavley, Morgan, y Jorm, 2014).

Es decir, coincidiendo con la bibliografía sobre Alfabetización, los estudios de sociología médica de las dolencias mentales centradas en el estigma apuntan a que las campañas de información que no tienen en cuenta la literatura sobre el tema contribuyen en el mantenimiento del estigma, explicando la distancia o contradicción que señalábamos.

MODELOS BASADOS EN AGENTES: UN PEQUEÑO SESGO MARCA LA DIFERENCIA

El premio nobel de economía T. Schelling propuso un modelo matemático para explicar la segregación racial (Clark y Fossett, 2008). Con su modelo se podía explicar cómo un pequeño sesgo racista podía dar lugar a barriadas racialmente segregadas. Cada individuo se define para sí mismo como “no muy racistas”, “no me importa vivir con vecinos que no son como yo, siempre que no me superen en número”. Schelling construyó un

algoritmo explicativo sobre la base de este “racismo moderado” explicando cómo precisamente ese tipo de racismo da lugar a comunidades completamente segregadas por raza.

Los modelos basados en agentes (*Agent-based modeling*) aplican la misma lógica de Schelling y ofrecen representaciones gráficas de cómo se produce esa segregación (Wilensky y Rand, 2015)⁹. Se fundamentan en que las decisiones individuales no coordinadas pero siguiendo reglas simples dan lugar, o más bien, hacen emerger comportamientos complejos. El ejemplo de los estorninos al que nos referíamos anteriormente sería un ejemplo. En la lógica del modelo planteado por Schelling sobre el racismo, cuando un hombre blanco decide comprar una casa en un barrio determinado, y no en otro, su racismo moderado le lleva a preferir un barrio donde no abunden vecinos de color, o gitanos. De la misma manera que un estornino se mueve decidiendo en función de la percepción de los pájaros a su alrededor para no chocar, y la suma de las decisiones de los estorninos hace emerger un patrón ordenado; de la misma manera el “racismo moderado” explica el complejo comportamiento que da lugar a barridas segregadas con blancos, gitanos o negros como población mayoritaria. Cada persona sólo elige en función de una percepción social, pues prefiere “aquellos que son parecidos a él mismo”, o más bien, percibidos como “parecidos a él mismo”.

Si rebobinamos en nuestra argumentación. Hemos visto que: (1) no sabemos a ciencia cierta que es o causa un dolencia mental; (2) lo que sabemos sobre las dolencias mentales, así lo dictan los estándares científicos, es que son algo complejo (elementos biomédicos, psicológicos y socio culturales); por lo tanto, (3) lo que “sabemos” sobre las enfermedades mentales es que son construcciones sociales, simplificaciones de esa complejidad (los imaginarios sociales de las dolencias mentales eran un ejemplo); como nos mostraban los índices de alfabetización en salud mental, el estigma asociado a estas dolencias y las dificultades de la sociología médica. ¿Es por ello posible una sociología médica de las dolencias mentales?

⁹ Las herramientas como NET-LOGO, SWARM, REPAST, ASCAPE, MASON o BRAVE ofrecen representaciones gráficas basadas en modelaje basado en agentes (Wilensky y Rand, 2015).

CONCLUSIÓN: ¿UNA SOCIOLOGÍA MÉDICA DE LAS DOLENCIAS MENTALES?

A lo largo de este artículo hemos abordado dos hechos incontestables. Por un lado la ignorancia sobre las causas de la dolencia mental. Por otro lado, la complejidad como el elemento en el que emerge la comunicación, es decir la sociedad. Sánchez Moreno no tiene en cuenta esta naturaleza de la sociedad. La sociología no estudia entes ontológicos o realidades psicológicas. La sociología estudia las simplificaciones generadas para manejar la ignorancia y la complejidad. Por eso, desde una perspectiva sociológica la enfermedad y la salud son construcciones sociales. Es evidente por lo tanto que la forma en la que se difunde la información sobre una dolencia condiciona su percepción, su evolución y su realidad. La sociología de la medicina se centra en la comprensión y descripción de esos procesos sociales y culturales en la construcción social de la enfermedad y de la salud. En este artículo hemos abordado algunos de los asuntos estudiados sociológicamente partiendo de esta perspectiva constructivista al tener en cuenta la ignorancia de las causas y su carácter complejo.

En conclusión, la sociología médica de la dolencia o enfermedad mental sí es posible. Para ello ha de partir de la aceptación, tanto de la ignorancia científica sobre su etiología, como de las simplificaciones que los sistemas sociales hacen emerger para su manejo. El reto está ahí¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Alegría, M., Pescosolido, B. A., Santos, D., y Vera, M. (1997). Can we conceptualize and measure continuity of care in individual episodes? The case of mental health services in Puerto Rico. *Sociological Focus*, 30(2), 113–129.
- Alonso, J., Chatterji, S., He, Y., y Organization, W. H. (2013). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from*

¹⁰ El estudio sociológico de la práctica inexistencia en España de una sociología médica en general o de una sociología médica de las dolencias mentales en particular (con la excepción quizás de la antropología médica) está aún por hacerse.

- the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press. https://books.google.es/books?id=_NBSess7vbgC
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial médica panamericana.
- APA. (1999). *DSM-IV Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial* (A. Fraces y R. Ross, Eds.). Masson.
- Banco Mundial (2016). *Datos de libre acceso del Banco Mundial*. <http://datos.bancomundial.org>
- Becker, H. S. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo contemporáneo. BBAA: Amorrortu.
- Becker, H. S. (1973). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Berrios, G. (1995). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th century*. Cambridge U.P.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. FCE.
- Berrios, G., y Porter, R. (1995). *The history of clinical psychiatry*. Athlone.
- Brown, P. (1989). *Perspectives in Medical Sociology*. Wadsworth.
- Clark, W. A., y Fossett, M. (2008). Understanding the social context of the Schelling segregation model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(11), 4109–4114.
- Cockerham, W. C. (2017). *Sociology of mental disorder (10th ed.)*. Roudledge.
- Dawkins, R. (2009). *Evolución: El mayor espectáculo sobre la Tierra*. Espasa.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Akal.
- Fernández Liria, Alberto. (2018). *Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental.”* Desclée De Brouwer.

- Gallagher, B. J. (1980). *The Sociology of Mental Illness*. Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goffman, E. (1980). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- González Fernández, E. (1992). Psiquiatría transcultural. Un achegamento pragmático. In M. Gondar Portosany y E. González Fernández (Eds.), *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega* (pp. 41–66). Laiovento.
- Harari, Y. N. (2014). *Sapiens. De animales a dioses: Una breve historia de la humanidad*. Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.
- Huertas, R. (2012). Historia cultural de la psiquiatría. *Reglamento de Publicaciones*, 62.
- Izuzquiza, I. (1990). *La sociedad sin hombres. Niklas Luhmann o la teoría como escándalo*. Anthropos.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2015). Why We Need the Concept of “Mental Health Literacy.” *Health Communication*, 30(12), 1166–1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., y Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.
- Labora, J. J. (2016). La evolución de la percepción social de los trastornos de la conducta alimentaria, y de la imagen, de los trabajadores/as sociales y su influencia en la práctica profesional. *Imagonautas. Revista Interdisciplinaria Sobre Imaginarios Sociales*, 8, 27–49.

- Levison, D. J.: G. (1971). *Sociología de la enfermedad mental*. Amorroutu.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., y Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333.
- Luhmann, N. (1985). *El amor como pasión. La codificación de la intimidad*. Península.
- Luhmann, N. (1998). Los medios generalizados y el problema de la doble contingencia. In *Teoría de los sistemas sociales* (artículos) (pp. 9–73). Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Universidad Iberoamericana - Herder.
- Martin, J. K., Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of ‘disturbing behavior’, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior* 41(2), 208-223.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2014). *Plan Estratégico CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) 2014-2016*. (MEC).
- Moreno, E. S. (2002). Sociología y enfermedad mental: Reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*, 60(31), 35–58.
- OECD. (2014). Making Mental Health Count. *Focus on Health*, 1–8.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., y Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). *Cost of Disorders of the Brain in Spain*. *PLoS ONE*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund, Health and Society*, 53, 257–278.

- Pescosolido, B. (1992a). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1092–1138.
- Pescosolido, B. (1992b). Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161–184.
- Pescosolido, B. A. (1993). Society and the balance of professional dominance and patient autonomy in medical care. *Ind. LJ*, 69, 1115.
- Pescosolido, B. A. (1996). Bringing the “community” into utilization models: How social networks link individuals to changing systems of care. *Research in the Sociology of Health Care*, 171–198.
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Pescosolido, B. A. (2016). The Beginning of the End? Deploying Rigorous Research in Real-World Settings to Reduce Stigma. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 55(5), 353–354.
- Pescosolido, B. A., y Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives. In *A Handbook for the Study of Mental Health: Social*. A.V. Horwitz and T.L. Scheid Contexts, Theories, and Systems (pp. 392–411). Cambridge University Press.
- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B., y Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and “muddling through” from “first-timers.” *Social Science y Medicine*, 46(2), 275–286.
- Pescosolido, B. A., y Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87–116.
- Pintos, J. L. (1995). *Los imaginarios sociales: La nueva construcción de la realidad social (Vol. 30)*. Editorial Sal Terrae.
- Porter, R. (1989). *Historia Social de la locura*. Crítica.
- Prior, L. (1993). *The social organization of mental illness*. Sage.

- Reavley, N. J., Morgan, A. J., Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <http://doi.org/10.1177/0004867413491157>
- Scheff, T. J. (1975a). *Labeling Madness*. Prentice Hall.
- Scheff, T. J. (1975b). The labeling theory of Mental illness. In T. J. Scheff (Ed.), *Labeling Madness* (pp. 21–33). Prentice Hall.
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 36–41. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal049>
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Rev. Harper y Row.
- Szasz, T. S. (1997). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. Syracuse University Press.
- Thoits, P. A. (1999). *Sociological approaches to mental illness. A Handbook for the Study of Mental Health*, 121–138.
- Torres Cubeiro, M. (2009a). Marcando unha diferenza: Scripts, imaxinarios sociais e enfermidade mental grave en Galicia. *Socioloxías de Los Márgenes: Libro Homenaje a Juan Luis Pintos de Cea-Naharro*, 1000–1023.
- Torres Cubeiro, M. (2009b). *Orden social e loucura en Galicia*. Univ. Santiago de Compostela.
- Torres Cubeiro, M. (2010). Cuentas del manicomio de Conxo: 1885-1924. Historia de Un Préstamo Hipotecario. *Siso/Saúde*, 50, 27–50.
- Torres Cubeiro, M. (2012a). *Complejidad social y locura en Galicia*. Académica.
- Torres Cubeiro, M. (2012b). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 11(2), 101–113.
- Torres Cubeiro, M.. (2015). La evolución del concepto de imaginarios sociales en la obra publicada de Juan Luis Pintos de Cea Naharro. *Imagonautas*, 6, 1–14.

- Torres Cubeiro, M. T., y Carretero, Á. E. (2019). The Social Imaginaries Sociologies: The beginning of a needed conceptual clarification. *Sociedad Hoy*, 28, 141–161.
- Tyrer, P., y Steinberg, D. (2006). *Models for Mental Disorder*. Wiley. <https://books.google.es/books?id=OSE902OMutEC>
- Ullerspeger, J. B. (1954). *Historia de la psiquiatría y la psicología en España*. Alhambra. WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research (Vol. 2)*. World Health Organization.
- Wilensky, U., y Rand, W. (2015). *An introduction to agent-based modeling: Modeling natural, social, and engineered complex systems with NetLogo*. Mit Press.

MONOGRÁFICO 3.

Desigualdad alimentaria en adolescentes: una revisión de la literatura científica

JESÚS RIVERA NAVARRO

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

jrivera@usal.es

Resumen: Este artículo se basa en un análisis de la literatura científica sobre la desigualdad alimentaria entre la población adolescente. De dicho análisis, se desprende que, en España, las enfermedades relacionadas con la alimentación no saludable se están incrementando al mismo tiempo que la dieta mediterránea es sustituida por otro tipo de alimentación en el que predominan los alimentos procesados. Uno de los grupos más vulnerables, respecto a la alimentación no saludable, son los/as adolescentes. Estos tienen peor alimentación que otras franjas etarias, pero entre ellos/as mismos/as también existen diferencias según el nivel socioeconómico. El entorno dónde las personas viven puede ser un buen indicador para analizar las diferencias antedichas, de

esta forma, el barrio dónde se vive parece determinante en la salud que se tenga y también en la alimentación. Existen dos modelos teóricos, que creemos idóneos, para el estudio de las diferencias alimentarias en adolescentes; uno es el modelo de determinantes de la alimentación, compuesto por el entorno cultural, físico, social y personal; el otro modelo es el marco Angelo, basado principalmente en la obesidad y que incluye factores relacionados tanto con la alimentación como con la actividad física.

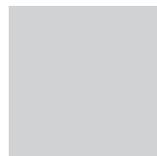
Palabras clave: Alimentación, desigualdad, barrio y adolescentes.

Disparities in food and nutrition among adolescents: a review of the scientific literature

Abstract: This article is based on an analysis of the scientific literature on disparities in food and nutrition among adolescents. From this analysis it is observed that in Spain cases associated with unhealthy eating are increasing as the Mediterranean diet gives way to another type of diet with a predominance of processed foods. One of the most vulnerable groups with respect to unhealthy eating patterns is adolescents. Adolescent nutrition is poorer than that of other age groups. However, there are also differences within the group itself depending on which socio-economic bracket they belong to. The environment where people live may well provide a good benchmark for analysing such disparities: that is to say, a person's neighbourhood seems to play a decisive role in determining their health and also their diet. There are two theoretical models we consider suitable for studying the disparities found in adolescent diets: one is the model consisting of determining factors for food and nutrition deriving from the cultural, physical, social and personal environment; the other model is the ANGELO framework (standing for *analysis grid for environments linked to obesity*), based primarily on obesity, which includes factors associated with both food and physical activity.

Palabras clave: Diet, disparity in food and nutrition, neighbourhood, adolescents.

M3: Desigualdad alimentaria en adolescentes: una revisión de la literatura científica



Jesús
Rivera Navarro

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426229

Recibido: 05/07/2021

Aceptado: 24/09/2021

La dieta no saludable es la primera causa de mortalidad prematura en el mundo (Afshin et al., 2019). En España, la prevalencia de enfermedades relacionadas con hábitos de alimentación poco saludables se ha incrementado, al mismo tiempo que la tradicional Dieta Mediterránea está siendo sustituida por otros patrones de dieta que se caracterizan por un mayor consumo de productos altamente procesados (Ngozika, & Ifeany, 2018; Turconi et al., 2015), producido por una serie de factores que apuntan a cambios en las tendencias colectivas de actitudes hacia la alimentación (Díaz-Méndez, 2013). Además, el comportamiento alimentario sigue un gradiente social. De esta forma, aquellos que residen en áreas socioeconómicas más deprimidas tienen una probabilidad mayor de seguir dietas no saludables frente a los que viven en áreas socioeconómicas más boyantes (Darmon, & Drewnowski, 2008; Giskes, Avendano, Brug, & Kunst, 2010; Maguire, Borgoine, Penney, Forouhi, & Monsivais, 2017).

En España, la brecha entre la forma de alimentarse de las diferentes clases sociales se incrementó durante la crisis económica del 2008 (Sandin et al., 2019) y se teme que pueda volver a incrementarse como consecuencia de la pandemia de COVID-19 (McKibbin, & Fernando, 2020). Desde un punto de vista generacional, la gente joven (incluyendo a los y las adolescentes) que viven en entornos urbanos tienen una alimentación de

peor calidad que la de las personas adultas o mayores (Anderson, Rafferty, Lyon-Callo, Fussman & Imes, 2011). Las causas aducidas a esta diferencia están en la relación entre salud y alimentación, que los/las adolescentes no suelen contemplar, aumentando esa ausencia de relación en las clases sociales más desfavorecidas (Ree, Riediger, & Moghadasian, 2008). Por otra parte, debemos tener en cuenta que el entorno urbano, en su más amplio sentido, físico, social, económico y político, afecta a los/as habitantes de las ciudades, directa o indirectamente, y se constituye como una base a partir de la cual se podrían reducir las desigualdades sociales en salud (Franco, Bilal, & Díez-Roux, 2015). Por lo tanto, las ciudades actualmente se constituyen en entornos no saludables para muchas personas, especialmente para los grupos vulnerables y de pocos recursos materiales (por ejemplo, los menores de edad pertenecientes a estratos sociales bajos). De esta forma, los entornos urbanos actuales no saludables determinan, en gran medida, la dieta de los/as adolescentes, convirtiéndose en un factor de riesgo para la obesidad y para enfermedades crónicas en la edad adulta (Glass, & McAtee, 2006).

LOS/AS ADOLESCENTES Y LA ALIMENTACIÓN

Los/as adolescentes, como hemos indicado anteriormente, se convierten en un grupo vulnerable con relación a los estilos de vida no saludables, y en concreto a la alimentación (Santaliestra-Pasías, Rey-López, & Moreno Aznar, 2013). Este colectivo está más expuesto que otros a la publicidad y las estrategias de mercado de productos y establecimientos de alimentación y que derivan en el consumo de productos alimenticios no saludables (Harris & Bargh, 2009). Esta vulnerabilidad aumenta a medida que descendemos en el gradiente social, es decir, aquellos/as adolescentes que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas van a tener una tendencia a comer peor que aquellos/as adolescentes que viven en barrios más pudientes (Stephens et al., 2015). De esta manera, es notorio cómo las dinámicas establecidas, con relación a la alimentación en el entorno familiar, dependiendo del tipo de barrio en el que se viva, son diferentes (Crawford et al., 2012). Podemos considerar que, en los barrios de mayor nivel socioeconómico, hay mayor

énfasis en estrategias para que los/as adolescentes coman de manera saludable (Avereeckehn, & Lea Maes, 2004). Por el contrario, en los barrios de menor nivel socioeconómico, los menores están más expuestos a un entorno donde predomina la comida rápida, altamente procesada, y no saludable (Díez et al., 2019b; Fielding-Singh, 2019) y una escasa planificación de los padres para conseguir que sus hijos/as lleven una dieta equilibrada, próxima a la Dieta Mediterránea. No es desdeñable que un gran número de abuelos/as trate de educar a sus nietos/as en una alimentación sana, (según sus criterios) (Quintero-Ángel, Mendoza, & Quintero-Ángel, 2019), mientras otros, desgraciadamente, no logran que sus nietos/as tengan un comportamiento alimentario saludable (Young, Duncanson, & Burrows, 2018).

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la obesidad y el sobrepeso se han convertido en condiciones altamente prevalentes en la etapa infanto-juvenil (Odgen, et al., 2012). Dentro del contexto europeo, los países del sur de Europa, es decir del arco mediterráneo, con alguna excepción, son los que tienen unas cifras mayores de exceso de peso en estas edades (Lobstein, & Frelut, 2003). Además, actualmente, España se encuentra entre los países europeos con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad tanto en la etapa pre-adolescente (de 5 a 10 años) como en la etapa adolescente (14-17 años) (Casas, & Gómez, 2016). En España, las cifras nos indican que la prevalencia de sobrepeso en niños de 8 a 17 años es del 26% y la obesidad del 12,6%, siendo aquellos/as que pertenecen a clases sociales menos favorecidas y con menos nivel educativo formal, quienes muestran mayores prevalencias (Sánchez-Cruz et al., 2012). Según la Encuesta Nacional de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), la obesidad infantil (2 a 17 años) se mantiene en cifras elevadas. Así, el 28,7% de los chicos en estas edades y el 28,4% de las chicas superan los valores de normopeso. El 10,4% de niños y 10,2% de niñas presentan obesidad, afectando más a las clases menos acomodadas. En el caso concreto del País Vasco, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019), también arroja datos de sobrepeso al alza en las últimas décadas, alcanzando el 12,6% en niños y 14,6% en niñas en el año 2012, y en 2017 el 25,9% y 25% respectivamente.

Por el contrario, las cifras de obesidad se han visto reducidas en ambos sexos pasando del 12,8% en niños y 9,4% en niñas en el año 2012 al 8% y 5,7% en el año 2017 respectivamente (en este caso, cuando hablamos de niños y niñas estamos incluyendo también a la población adolescente). En el caso de la Comunidad de Madrid, el Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) señala que la prevalencia de sobrepeso en estudiantes de cuarto de la ESO es del 16,7% (19,4% en hombres y 14% en mujeres), siendo la prevalencia de la obesidad de un 3,9%; la evolución ha tenido una tendencia ascendente para ambos sexos y con mayor intensidad para las chicas, además los/as hijos/as de progenitores con niveles educativos más bajos y situación laboral precaria tienen porcentajes más elevados de sobrepeso/obesidad (Astray & del Pino, 2018). Estos datos, referidos a los países del área mediterránea y a España y a alguna de sus comunidades autónomas, son aparentemente contradictorios, debido a que su alimentación y cultura gastronómica tradicionalmente están basadas en la Dieta Mediterránea. Sin embargo, debemos tener en cuenta que detrás de esas cifras hay una problemática compleja, en la que entran en juego otros muchos factores determinantes, como la actividad física (Molnár, & Livingstone, 2000), el sedentarismo (Herman et al., 2014), el estrés (Hill et al., 2018), las horas de sueño (Chaput, Brunet, & Tremblay, 2006; Sekine et al., 2002) y la influencia de las campañas institucionales sobre la alimentación (Díaz-Méndez, & Gómez-Benito, 2010).

LOS INSTITUTOS Y COLEGIOS Y LA ALIMENTACIÓN DE LOS/AS ADOLESCENTES

La desigualdad en salud y, la desigualdad en la forma de alimentarse, también se hace presente a través de los centros educativos. De esta forma, hay estudios que destacan cómo en los colegios e institutos ubicados en los barrios más desfavorecidos, existe una mayor frecuencia de tiendas, alrededor de los mismos, que venden productos no saludables y, además, estas tiendas se encuentran más próximas a los colegios e institutos que en los barrios de mayor nivel socioeconómico (Díez et al., 2019b; Kenstens & Daniel, 2010). Por otro lado, consideramos que en los

colegios e institutos se detectan, de una manera bastante tangible, las carencias y las necesidades de los/as adolescentes en relación a los hábitos de alimentación saludables. En consecuencia, en una gran parte de países, con la intención de reducir y minimizar dichas carencias y necesidades los colegios e institutos realizan actividades que tratan de promocionar la interiorización y naturalización de la comida sana. Un ejemplo de esto lo tenemos en España con proyectos, muy implantados en los colegios de gran parte del país, como “los desayunos saludables”, consistentes en la realización de diversas actividades de educación para la salud dirigidas al alumnado en diferentes ciclos educativos, junto con sus familias y profesores/as, y adaptadas a dichos ciclos. Dichas actividades, pretenden que todos los alumnos y las alumnas desayunen de la forma más saludable y equilibrada posible. Es cierto que estos proyectos están más desarrollados en Educación Primaria, pero, en algunos casos, también alcanza a la Educación Secundaria Obligatoria. Según un estudio llevado a cabo en España entre 1998 y 2002, entre el 8 y el 9% de los escolares no desayunaban nada y sólo entre un 25 y 29% de los mismos realizaban un desayuno adecuado (Serra Majem et al., 2003).

Existen diferentes estudios que han focalizado sus objetivos en evaluar este tipo de programas. Según sus resultados, parece que estos estudios prueban la eficacia de dichos programas, aunque siempre concluyen en la necesidad de realizar reformas sustanciales en los colegios e institutos, para que estos pequeños cambios percibidos, tras la aplicación de los programas, se afiancen y se expandan (Caraher et al., 2013; Mathews et al., 2010).

LOS DETERMINANTES DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADOLESCENTES

La focalización de la atención exclusivamente en los factores determinantes de la ingesta de comida saludable o no saludable nos permite distinguir los siguientes ejes de desigualdad: sociodemográficos –la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el estatus migratorio; personales –preferencias-; familiares –el tipo de alimentación de los progenitores, la accesibilidad y la disponibilidad de los alimentos saludables en la casa donde viven los/

as adolescentes, la estructura familiar, el tamaño de la familia, comidas compartidas en familia, y el estilo de autoridad paterna y materna-; relacionados con el colegio o instituto –disponibilidad de alimentos saludables, políticas de salud escolar respecto a los alimentos saludables y no saludables, logros académicos y tipo de colegio (público o privado)- y relacionados con el uso tecnológico/digital y con el entorno -publicidad y marketing en televisión, tablets, móviles, paradas de autobuses, escaparates...(Fitzgerald et al., 2010; Rasmussen et al., 2006). El estudio de estos determinantes podríamos ubicarlo en un marco teórico que nos permitiría graduar la importancia de los diferentes factores en el estudio de la alimentación de los/as adolescentes. De esta forma, la tabla 1 nos muestra las diferentes dimensiones y su importancia en la alimentación de los/as adolescentes.

En la citada tabla, el entorno cultural y físico (en su más amplia acepción, incluyendo políticas aplicadas a todos los niveles y la percepción del entorno físico) serían los factores macro. En el entorno social, que es un factor que se subsume en el cultural y el físico, se incluye la influencia de los medios de comunicación en la alimentación; las normas relacionadas con la alimentación interiorizadas por los/as alumnos/as; el grupo de referencia y su influencia; y el estatus socioeconómico de la familia, sus normas y reglas. Por último, a un nivel más micro, incluimos los factores personales (o individuales), entre los cuales se consideran conductas, como uso de pantallas, la actividad física y otras dimensiones, como los hábitos, las preferencias, el conocimiento sobre la alimentación saludable o no saludable y las barreras percibidas.

Otra referencia teórica, también basada en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (Townsend, & Foster, 2011), es el marco Angelo (Swinburn, Egger, & Raza, 1999), el cual tiene como eje de análisis, y de intervención, la obesidad. Desde este punto de vista, en su modelo, incluye tanto factores relacionados con la alimentación como la actividad física. En este modelo, el entorno es clave. De este modo, se distinguen dos tipologías de entornos: 1) una asociada al tamaño (microentornos y macroentornos); y 2) otra asociada a la forma del entorno (físico, económico, político y sociocultural). En la tabla 2 se muestra con más detalle el marco Angelo, así como la tipología de los entornos propuesta por Swinburn, Egger, & Raza (1999).

Tabla 1. Determinantes de la alimentación

| Entorno cultural | Entorno físico | Entorno social | Factor personal |
|-------------------------|--|---|--|
| País | <i>Nivel nacional:</i> Políticas alimentarias en los colegios. Políticas de precio de la comida. | | |
| | <i>Nivel comunitario:</i> Política alimentaria local. Accesibilidad a los alimentos. | <i>Nivel comunitario:</i> Exposición a los “mass media” | |
| Etnicidad | <i>Nivel escolar:</i> E. Socioeconómico. Política alimentaria del colegio o instituto. | <i>Nivel escolar:</i> Normas de conducta de los alumnos | <i>Conductas en relación a salud:</i> Actividad física. Uso de pantallas |
| Estatus socio-económico | <i>Entorno físico percibido:</i> Disponibilidad de alimentos en casa. Disponibilidad de alimentos en el colegio o instituto. | <i>Grupo de referencia:</i> Normas subjetivas | <i>Otros factores:</i> Preferencias Hábitos Conocimiento Barreras percibidas |
| | | <i>Familia:</i> E. Socioeconómico. Reglas Normas Subjetivas | |

Marco conceptual tomado de Rasmussen et al. (2006).
E. Socioeconómico: Estatus socioeconómico.

Tabla 2. Tipos de entorno según su tamaño y forma

| Forma | | | | |
|------------------|----------------------|------------------------------------|---|--|
| | Físico (Disponibile) | Económico (Costes) | Político (Reglas) | Sociocultural (Actitudes y creencias) |
| Tamaño | | | | |
| Micro (ejemplos) | Comedor de colegio | Precio de alimentos en cada tienda | Normativa alimentaria | Mezcla de influencias del entorno cercano en la alimentación |
| Macro (ejemplos) | Transporte público | Precio producción Alimentos | Reglas sobre alimentación en cada Colegio e Instituto | Influencia de medios de comunicación en la alimentación |

Marco conceptual tomado de Swinburn, Egger, & Raza (1999).

Ambos marcos teóricos, en los cuáles los factores son tenidos en cuenta, según tengan una influencia macro o micro, nos podrían servir como gran marco para abordar cualquier tipo de investigación en factores de desigualdad en la alimentación en población adolescente.

CONCLUSIONES

Como resultado de esta revisión teórica, podemos destacar lo siguiente. Consideramos, después de un análisis de la literatura científica que una dieta no saludable es la primera causa de mortalidad prevenible en el mundo; por tanto, debería ser uno de los principales focos en la medicina en general y en la salud pública en particular. Los/as adolescentes se convierten en un colectivo muy vulnerable con relación a la alimentación, ya que, debido a su etapa de cambios, evolución y búsqueda de identidad, están más expuestos que otras franjas etarias a una mala alimentación; dicha vulnerabilidad aumenta en los barrios de menor nivel socioeconómico, por un peor acceso a alimentación saludable, pero también a unos peores hábitos, que tiene relación con creencias culturales y menor capacidad de análisis de las campañas y marketing sobre alimentos no saludables. Esta mayor vulnerabilidad de los/as adolescentes tiene su reflejo en España, ya que es uno de los países europeos con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en la etapa pre y adolescente. Por último, creemos que si indagamos en la percepción de los/as estudiantes, sus progenitores y sus docentes, que estudian, trabajan y/o habitan en diferentes barrios de las ciudades, sobre aspectos relacionados con la salud en general, y con la alimentación en concreto de los/as adolescentes, nos va a permitir analizar los factores de riesgo tanto de la alimentación, como de la salud, así como profundizar en algunos determinantes sociales menos analizados en la literatura; dichos determinantes, como el impacto de las crisis económicas o la fragmentación de las identidades sociales, probablemente tienen una influencia más indirecta en la alimentación de los/as adolescentes, pero no son menos importante que otros factores más clásicos, como el estrés o las horas de sueño.

BIBLIOGRAFÍA

Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S.... & Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary

- risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 393, 1958–1972. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- Aliaga, F. A., Basulto, O., & Cabrera, J. (2012). El grupo de discusión: elementos para la investigación en torno a los imaginarios sociales. *Prisma social*, 9, 136-175.
- Anderson, B., Rafferty, A. P., Lyon-Callo, S., Fussman, C., & Imes, G. (2011). Fast-food consumption and obesity among Michigan adults. *Preventing Chronic Disease*, 8(4), A71.
- Astray J., & del Pino, V. (2018). Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2017. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2018. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad; 2018. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Avereeckehn, C. A., & Lea Maes, E. K. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43(1), 93-103. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.04.002>
- Caraher, M., Seeley, A., Wu, M., & Lloyd, S. (2013). When chefs adopt a school? An evaluation of a cooking intervention in English primary schools?. *Appetite*, 62, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.007>
- Casas, R. E., & Gómez, S. F. S. (2016). *Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España*. Madrid: Instituto DKV de la Vida Saludable. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5810_d_Estudio-sobre-la-situacion-de-la-obesidad-infantil-en-espana.pdf
- Chaput, J-P., Brunet, M., & Tremblay, A. (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the “Québec en Forme” Project. *International Journal of Obesity*, 30, 1080-1085. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803291>
- Conde, P., Gutiérrez M., Sandín M., Díez, J., Borrell, L. N., Riveranavarró, J., & Franco, M. (2018). “Changing neighbourhoods and residents’ health perceptions: The Heart Healthy Hoods Qualitative Study”. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health*, 15(8), 1617. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081617>
- Crawford, D. A., Ball, K., Cleland, V. J., Campbell, K. J., Timperio, A.F., Abbott, G., Brug, J., Baur, L.A., & Salmon, J.A. (2012). Home and neighbourhood correlates of BMI among children living disadvantaged neighbourhoods. *The British Journal of Nutrition*, 107(7), 1028-1036. <https://doi.org/10.1017/S000711003801>
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality?. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107-1117. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>
- Díaz-Méndez, C. (2013). *Hábitos alimentarios de los españoles*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente.
- Díaz-Méndez, C., & Gómez-Benito, C. (2010). The Mediterranean diet. A historical and sociological analysis of the concept of a “healthy diet” in Spanish society. *Food Policy*, 35, 437-447. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2010.04.005>
- Díez, J., Bilal, U., Cebrecos, A., Buczynski, A., Lawrence, R. S., Glass, T., Escobar, F., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2016). Understanding differences in the local food environment across countries: A case study in Madrid (Spain) and Baltimore (USA). *Preventive Medicine*, 89, 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.013>
- Díez, J., Cebrecos, A., Galán, I., Pérez-Freixo, H., Franco, M., & Bilal, U. (2019a). Assessing the retail food environment in Madrid: An evaluation of administrative data against ground truthing. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19). pii: E3538. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193538>
- Díez, J., Cebrecos, A., Rapela, A., Borrell, L., Bilal, U., & Franco, M. (2019b). Socioeconomic inequalities in the retail food environment around schools in a southern European context. *Nutrients*, 11(7). pii: E1511. <https://doi.org/10.3390/nu11071511>
- Díez, J., Conde, P., Sandín, M., Urtasun, M., López, R., Carrero, J. vL., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2017a) Understanding the local food environment: A participatory photovoice Project in a low-income area in Madrid, Spain. *Health & Place*, 43, 95-103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.11.012>

- Díez, J., Valiente, R., Ramos, C., García, R., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2017b). The mismatch between observational measures and residents' perspectives on the retail food environment: a mixed-methods approach in the Heart Healthy Hoods study. *Public Health Nutrition*, 20(16), 2970-2979. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980017001604>
- Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2019). Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi, 20. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Fielding-Singh., P. (2019). You're worth what you eat: adolescent beliefs about healthy, eating, morality and socioeconomic status. *Social Science and Medicine*, 220, 41-48. [https://doi: 10.1016/j.socscimed.2018.10.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.022)
- Fitzgerald, A., Heary, C., Nixon, E., & Kelly, C. (2010). Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promotion International*, 25 (3), 289-298. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag021>
- Franco, M., Bilal, U., & Díez-Roux, A. V. (2015). Preventing non-communicable diseases through structural changes in urban environments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 509-511. [https://doi:10.1136/jech-2014-203865](https://doi.org/10.1136/jech-2014-203865)
- Giskes, K., Avendano, M., Brug, J., & Kunst, A. E. (2010). A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obesity Reviews*, 11, 413-29. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00658.x>
- Glass, T., & McAtee, M. (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1650-1671. [https://doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.044](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.044)
- González Monteagudo, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa. *Cuestiones pedagógicas*, 15, 227-246.
- González-Salgado, I.d. L., Rivera-Navarro, J., Sureda, X., & Franco, M. (2020). Qualitative examination of the perceived effects of a comprehensive smoke-free law according to neighborhood socioeconomic status in a large city. *Social*

- Science and Medicine - Population Health*, 100597. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100597>
- Gravina, L., Jauregi, A., Estebanez, A., Fernández-Aedo, I., Guenaga, N., Ballesteros-Peña, S., Díez, J., & Franco, M. (2020). Residents' perceptions of their local food environment in socioeconomically diverse neighborhoods: A photovoice study. *Appetite*, 104543. <https://doi:10.1016/j.appet.2019.104543>
- Green, J., & Thorogood, N. (2009). *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE Publications Ltd
- Harris, J. L., & Bargh, J. A. (2009). Television viewing and unhealthy diet: implications for children and media interventions. *Health Communication*, 24(7), 660-673. <https://doi:10.1080/10410230903242267>
- Herman, K. M., Sabiston, C. M., Mathieu, M-E., Tremblay, A., & Paradis, G. (2014). Sedentary behavior in a cohort of 8-10 to 10-year old children at elevated risk of obesity. *Preventive Medicine*, 60, 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.029>
- Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D.B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14-22. <https://doi:10.1016/j.appet.2017.11.109>
- Ivankoya, N. V., Creswell, J. W., & Stick, S. L. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: from theory to practice. *Field Methods*, 18(1), 3-20. doi: <https://doi.org/10.1177/1525822X05282260>
- Kestens, Y., & Daniel, M. (2010). Social inequalities in food exposure around schools in an urban area. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.01>
- Lobstein, T., & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4(4), 195-200.
- Maguire, E. R., Burgoine, T., Penney, T. L., Forouhi, N.G., & Mon-sivais, P. (2017). Does exposure to the food environment differ by socioeconomic position? Comparing area-based and person-centred metrics in the Fenland Study, UK. *International Journal of Health Geographics*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0106-8>

- Mathews, L. B., Moodie, M. M., Simmons, A., & Swinburn, B. A. (2010). The process evaluation of It's your Move!, an Australian adolescent community-based obesity prevention project. *BMC Public Health*, 10(448). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-448>
- McKibbin, W., & Fernando, R. (2020). The economic impact of COVID 19. In Richard Baldwin and Beatrice Weder di Mauro eds. *Economics in the time of COVID 19*. Centre for Economic Policy Research (CEPR), 45-52.
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. (2018). Encuesta Nacional de Salud. España 2017, 1-12. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Molnár, D., & Livingstone, B. (2000). Physical activity in relation to overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159, S45-S55. <https://doi.org/10.1007/PL00014365>
- National Research Council (US), & Institute of Medicine (US). (2013). *U.S. Health in International Perspective. Shorter lives, poorer health*. Washington (DC): National Academy Press (US).
- Ngozika, E. B., & Ifeany, O. E. (2018). A review on fast foods and family lifestyle. *International Journal of Current Research in Biology and Medicine*, 3(4), 26-30. <https://doi:10.22192/ijcrbm>
- Odgen, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in Body Mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*, 307(5), 483-490. <https://doi:10.1001/jama.2012.40>
- Peñalvo, J. L., Santos-Beneit, G., Sotos-Prieto, M., Martínez, R., Rodríguez, C., Franco, M., López-Romero, P., Pocock, S., Redondo, J. & Fuster, V. (2013). A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioural intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health*, 13, 656. <https://doi:10.1186/1471-2458-13-656>
- Quintero-Ángel, M., Mendoza, D. M., & Quintero-Ángel, D. (2019). The cultural transmission of food habits, identity, and social cohesion: A case study in the rural zone of Cali-Colombia. *Appetite*, 139(1), 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.04.011>

- Rasmussen, M., Krolner, R., Knut-Inge, K., Lytle, L., Brug, J., Bere, E., & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 22. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-3-22>
- Ree, M., Riediger, N., & Moghadasian, M. H. (2008). Factors affecting food selection in Canadian population. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(11), 1255-1262. <https://doi:10.1038/sj.ejcn.1602863>
- Rivera Navarro, J., Franco Tejero, M., Conde Espejo, P., Sandín Vázquez, M., Gutiérrez Sastre, M., Cebrecos, A., Sainz Muñoz, A., Gittelsohn, J. (2019). Understanding urban health inequalities: Methods and design of the Heart Health Hoods Qualitative Project. *Gaceta Sanitaria*, 33(6), 517-522. <https://doi.org/10.106/j.gaceta.2018.07.010>
- Rivera Navarro, J., Sandín, M., Gutiérrez Sastre, M., Conde, P., & Franco Tejero, M. (2016). La vida del barrio y su influencia en el entorno alimentario. En S. Donizete Prado, L. Amparo-Santos, L. Ferreira da Silva, M. Gracia Arnaiza, & M. L. Magalhaes Bosi [Rede Neus. Rede Ibero-Americana de Pesquisa Qualitativa em Alimentacao e Sociedade] (Eds). *Estudos Socioculturais em Alimentacao e Saude: Saberes em Rede. Série: Sabor Metrópole Volume 5* (pp. 103-124). Rio de Janeiro (Brasil): Editora de Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro.
- Rivera-Navarro, J., Conde, P., Díez, J., Gutiérrez-Sastre, M., González-Salgado, I., Sandín, M., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2020). Urban environment and dietary behaviours as perceived by residents living in socioeconomically diverse neighbourhoods: A qualitative study in a Mediterranean context. *Appetite*. Oct 9, 104983. <https://doi:10.1016/j.appet.2020.104983>
- Sánchez-Cruz, J-J., Jiménez J. J., Fernández-Quesada, F., & Sánchez, M.J. (2012). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, 66(5), 371-376. <https://doi:10.1016/j.recesp.2012.10.016>
- Sandin Vázquez, M., Rivera, J., Conde, P., Gutiérrez, M., Díez, J., Gittelsohn, J., & Franco, M. (2019). Social norms influencing

- the local food environment as perceived by residents and food traders: the heart healthy hoods Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030502>
- Santaliestra-Pasías, A. M., Rey-López, J. P., & Moreno Aznar, L. A. (2013). Obesity and sedentarism in children and adolescents: what should be done?. *Nutrición Hospitalaria*, 5, 99-104. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.sup5.6924>
- Sekine, M., Yamagami, T., Handa, K., Saito, T., Nanri, S., Kawaminami, K., Tokui, N., Yoshida, K., & Kagamimori, S. (2002). A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Child: Care, healthy and development*, 28(2), 163-170. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00260.x>
- Serra Majem, L., Ribas Barba, L, Aranceta, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P., & Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio en-Kid (1998-2000). *Medicina Clínica*, 121(19), 725-732. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)74077-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)74077-9)
- Stephens, L. D., McNaughton, S.A., Crawford, D., & Ball, K. (2015). Nutrition promotion approaches preferred by Australian adolescents attending schools in disadvantaged neighbourhoods: A qualitative study. *BMC Pediatrics*, 15, 61. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0379-7>
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563-570. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>
- Townsend, N., & Foster, C. (2011). Developing and applying a socio-ecological model to the promotion of healthy eating in the school. *Public Health Nutrition*, 16(6), 1-8. <https://doi.org/10.1017/S1368980011002655>
- Turconi, G., Moro, S., Porzio, E., Testa, L., Rossi, M., & Maccarini, L. (2015). The Mediterranean diet replaced by the fast-food diet. *Journal of Nutritional Health & Food Science*, 3(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.15226/jnhfs.2015.00137>

Young, K. G., Duncanson, K., & Burrows, T. (2018). Influence of grandparents on the dietary intake of their 2-12-year-old grandchildren: A systematic review. *Nutrition & Dietetics. Journal of Dietitians Australia*, 75 (3), 291-306. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12411>

MONOGRÁFICO 4:
**El impacto sobre la actividad de las entidades
de afectados y familiares de enfermedades
raras durante el confinamiento por
COVID-19 en España**

JOSÉ MANUEL GUERRA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA
jomaguerra@us.es

GEMA ESTEBAN-BUENO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA ALMERÍA PERIFERIA- DISTRITO
SANITARIO ALMERÍA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
gema.esteban.bueno@gmail.com

JUAN R. COCA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN SOCIAL EN SALUD Y ENFERMEDADES RARAS.
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL.
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
juanr.coca@uva.es

Resumen: La pandemia de la COVID-19 se ha convertido en una crisis sanitaria, con amplias repercusiones. Los servicios de atención a las enfermedades raras (ER) se han visto afectados por los cambios derivados de las

medidas para su gestión. En el presente estudio se ha analizado cuál ha sido el impacto del confinamiento estricto en los servicios y en la actividad de las entidades vinculadas a las ER. En el estudio han participado un total de 81 entidades ER en España. Los resultados mostraron que se ha producido un efecto negativo en el número de actividades y servicios que las entidades han podido prestar durante este periodo. Tanto debido a la eliminación de dichas actividades y servicios, como a los cambios que han debido realizarse para poder prestar los mismos.

Palabras Claves: Confinamiento; Covid-19; Enfermedades Raras; asociaciones; tercer sector.

The impact on activity of relatives and those affected with rare diseases during the Covid-19 lockdown in Spain

Abstract: The Covid-19 pandemic has evolved into a health crisis with far-reaching repercussions. Healthcare for rare diseases (RD) has been affected by the changes deriving from the measures put in place for such management. In this article we analyse the impact of a strict lockdown on the services and activity of those entities associated with such diseases. A total of 81 RD entities in Spain participated in the study. The results show a negative effect on the number of activities and services performed by these entities during this period of time, both as a consequence of eliminating such activities and services and also on account of the changes undertaken in order to carry them out.

Keywords: Lockdown, Covid-19, rare diseases, associations, third sector.

M4: El impacto sobre la actividad de las entidades de afectados y familiares de enfermedades raras durante el confinamiento por COVID-19 en España



José Manuel
Guerra

Gema
Esteban-Bueno

Juan
R. Coca

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426230

Recibido: 18/06/2021

Aceptado: 23/09/2021

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta global declarando la COVID-19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional (Ramírez-Pereira et al., 2020). El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró la pandemia mundial. (CCST, 2020) debido a su alta transmisión y su gran velocidad de propagación (Márquez, 2020). Ahora bien, tal y como se indica en Coca et al. (2021), el principal problema relacionado con la gestión social, política y sanitaria es triple. Por un lado está la capacidad para generar muertes y problemas sanitarios en infectados, lo que supuso que una parte importante de la población tuviera que estar ingresada, durante un tiempo amplio, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). En segundo lugar estaría la mayor capacidad infectiva del virus SARS-CoV2 respecto a su predecesor SARS-CoV. En tercer lugar, se ha producido un problema generado por la existencia de personas asintomáticas con capacidad para transmitir el virus a otras personas.

La pandemia de la COVID-19 se ha convertido en una crisis sanitaria, con repercusiones sociales, económicas, políticas, éticas, de género y cuidados. (Ramírez-Pereira et al., 2020). Los servicios de atención médica han afrontado un desafío estructural sin precedentes, en el que ha sido necesario desarrollar y encontrar métodos y técnicas para poder mantener de forma satisfactoria todo los servicios de salud. (Pérez Milian et al., 2020). A su vez, la sociedad ha respondido de un modo polarizado bien incrementando los aspectos sociales que generan comunidad, bien aumentando notablemente el individualismo (Coca y Roche, 2021).

En esta situación, se han priorizado, la “telesalud” y la “teleconsulta” eliminando, por lo tanto, la presencialidad en las consultas médicas al ser realizadas de forma remota (Márquez, 2020). Estos cambios han precisado, además, que los profesionales sanitarios tuvieran que adaptarse a una nueva forma de trabajar y, en los usuarios del sistema de salud, ha impactado con diferentes grados de magnitud; especialmente en aquellos grupos más vulnerables (Ramírez-Pereira et al., 2020). Estos últimos, especialmente en el caso de las personas afectadas por enfermedades raras, se han visto afectados los servicios que reciben tanto por el Sistema sanitario público como lo que son proporcionados gracias a las entidades del tercer sector.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto en las necesidades de los pacientes de enfermedades raras (ER). Las consecuencias de la pandemia se han unido a los muchos desafíos que habitualmente enfrentan estos pacientes, así como sus familias y cuidadores (Esteban-Bueno et al., 2021). Derivadas de la interrupción del acceso a la atención médica presencial y las terapias de rehabilitación, así como a la presencia de múltiples barreras psicológicas relacionadas tanto con el aislamiento como con el miedo a la infección por el SARS-CoV-2 al recibir atención en hospitales (Talarico et al., 2021).

La Organización Europea de Enfermedades Raras (EURORDIS), en un comunicado de prensa (EURORDIS, 2020), ha expuesto que el 84% de las personas con alguna enfermedad rara ha sufrido pausas o interrupciones en su atención médica habitual desde el comienzo de la pandemia. Esta institución añade, además, que la pandemia ha exacerbado los retos diarios a los que se enfrentan estas personas e, incluso, ha incrementado los

riesgos en sus vidas. En línea con esto, Chowdhury et al. (2021) y Baynam et al. (2020) indican que la mayor parte de las cirugías, de los trasplantes y de las terapias de rehabilitación programadas previamente (tanto logopédicas como fisioterapéuticas), se han cancelado o pospuesto. Chowdhury et al. (2021) afirman, además que, a lo largo de la pandemia, algunos centros hospitalarios, han cerrado temporalmente las unidades de enfermedades raras y, como resultado, los pacientes que solían recibir tratamientos en estas unidades han experimentando dificultades. A todo esto se une el estudio realizado en Hong Kong durante el 2020, según el cual, el estado de salud, médico y de rehabilitación, junto con la salud mental, durante la pandemia de COVID-19, tuvo una mayor incidencia y repercusión en los grupos de pacientes con cualquier nivel de dependencia en sus actividades cotidianas en comparación con el grupo de pacientes independientes (Chung et al., 2020). Estos resultados concuerdan con lo que se desprende del estudio de Schwartz et al. (2021) en pacientes con ER y sus cuidadores, el cual muestra que la mayoría de las personas que viven con una ER experimentaron interrupciones en la atención médica debido a la gestión de la pandemia.

Estos estudios se han centrado principalmente en los servicios prestados desde los sistemas públicos. En el territorio español el análisis debe ser distinto debido a que incluso antes de la situación de pandemia, las necesidades de las personas por ER no se encuentran cubiertas, en la mayoría de los casos, por los sistemas socio-sanitarios públicos (FEDER/CREER, 2018). Siendo los propios afectados y sus familiares, a través de diferentes entidades de autoayuda que ellos crean y gestionan, las que prestan diferentes servicios de atención sanitaria y social al colectivo de las ER. Lo dicho, nos lleva a plantear una cuestión que no ha sido evaluada, hasta el momento, sobre el posible impacto que haya podido tener en las entidades que agrupan estos afectados y sus familias, las medidas que han adoptado para la gestión de la pandemia, y como los servicios que prestan han podido verse afectados. En este sentido, y dada la importancia de este tipo de servicios en el ámbito de las ER se plantea esta investigación con el objetivo de conocer cuál ha sido el impacto del confinamiento estricto sufrido en el territorio español en los servicios y funcionamiento de asociaciones y entidades vinculadas con estas entidades.

METODOLOGÍA

Procedimiento

La presente investigación se ha realizado en colaboración con la SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria) y la AEIASW (Asociación Española para la Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram), entidades que ha permitido implementar y difundir un cuestionario online con preguntas de carácter cuantitativo (estructurado) y cualitativo (semiestructurado) entre las numerosas OER (organizaciones de enfermedades raras) de todo el Estado. La recogida de estos cuestionarios se realizó durante el periodo de confinamiento estricto en España en 2020.

Participantes

Han participado en el estudio 81 entidades distribuidas por todo el territorio español, las cuales han remitido a través del formulario online creado para este estudio.

El número de entidades participantes es satisfactorio, si tomamos como referencia que la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) tiene asociadas a 373 entidades.

El año de fundación de dichas entidades oscila en el periodo 1980-89 (2 entidades); 1990-99 (22 entidades); 2000-09 (19 entidades) y 2010-19 (38 entidades). El número de socios activos (personas que pagan una cuota) oscila entre 0 a 639 ($X=147$). Un 32,1% tiene menos de 50 socios; un 16% tiene entre 50 y 99 socios; un 28,4% tiene entre 100 y 199 socios; un 12,4% tiene entre 200 y 400 socios; y un 11,1% tiene más de 400 socios.

En cuanto al número de personas afectadas que forman parte de la entidad un 35,1% cuentan con menos de 50 personas afectadas; un 15,5% cuenta con entre 50 y 99 personas afectadas; un 19,5% cuenta con entre 100 y 199 personas afectadas; un 13% cuenta con entre 200 y 400 personas afectadas; y un 16,9% cuenta con más de 400 personas afectadas. En cuanto a los familiares de personas afectadas que pertenecen a la entidad un 29,6% cuentan con menos de 50 familiares; un 27,2% cuenta con entre 50 y 99 familiares; un 11,1% cuenta con entre 100 y

199 familiares; un 19,8% cuenta con entre 200 y 400 familiares; y un 12,3% cuenta con más de 400 personas familiares.

En cuanto al ámbito de actuación de las entidades participantes es local (2,5%), regional (37%); nacional (59,3%) e internacional (1,2%).

RESULTADOS

Talleres

Uno de los aspectos que se analizó en el estudio, era cómo había podido afectar la situación de confinamiento a los talleres que se realizaban desde las entidades. Estos talleres son un conjunto de actividades, de diverso tipo, que buscan fomentar las capacidades de las personas que intervienen. Así, por ejemplo, el taller Makaton es una actividad que pretende fomentar la comunicación. Como se puede observar en la tabla 1, las entidades han tenido que adaptarse modificando ligeramente o de manera significativa su programa de talleres.

Tabla 1. Talleres

| | Makaton | Habilidades sociales | Emocional | Auto-cuidado | Estimulación cognitiva |
|------------------------------------|---------|----------------------|-----------|--------------|------------------------|
| Se realiza sin cambios | 0 | 4 | 5 | 4 | 1 |
| Se realiza con ligeros cambios | 0 | 5 | 13 | 8 | 2 |
| Se realiza con cambios importantes | 1 | 4 | 16 | 11 | 6 |
| Ha dejado de realizarse | 7 | 19 | 15 | 17 | 17 |
| Ha comenzado a realizarse | 1 | 5 | 9 | 7 | 2 |
| Nunca se han realizado | 56 | 33 | 16 | 24 | 39 |

Fuente: Elaboración propia.

Si nos fijamos en la actividad preexistente, en el caso de los talleres de Makaton, de los 8 talleres que existían previamente al confinamiento 7 (87.5%) han dejado de realizarse y 1 se ha realizado pero con cambios importantes. En el caso de los talleres de habilidades sociales de los 32 existentes el 59,4% dejaron

de realizarse; el 12,5% se realizó con cambios importantes; el 15,6% se realizó con ligeros cambios; y el 12,5% se mantuvo sin cambios. De los 45 talleres dedicados a desarrollo o gestión emocional el 33,3% dejaron de realizarse; el 35,6% se realizó con cambios importantes; el 28,9% introdujo ligeros cambios; y el 11,1% se mantuvo sin cambios. De los 40 talleres dedicados al autocuidado el 42,5% dejaron de realizarse; el 27,5% se realizó con cambios importantes; el 20% introdujo ligeros cambios; y el 10 % se mantuvo sin cambios. Finalmente, de los 26 talleres dedicados a la estimulación cognitiva el 65% dejaron de realizarse; el 23% se realizó con cambios importantes; el 8% introdujo ligeros cambios; y el 4% se mantuvo sin cambios. En esta situación también comenzaron a realizarse nuevos talleres (24 talleres) pero muy debajo de los que dejaron de realizarse (75 talleres).

Programas de formación

Una actividad con una fuerte implementación en las entidades son los programas de formación destinados a familiares y afectados, más del 60% de las entidades cuentan con dichos programas. En la tabla 2 se puede apreciar el impacto que en dichos programas ha producido la situación de confinamiento.

Tabla 2. Programas de formación

| | Formación a familiares | Formación a afectados |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Se realiza sin cambios | 4 | 4 |
| Se realiza con ligeros cambios | 9 | 11 |
| Se realiza con cambios importantes | 9 | 8 |
| Ha dejado de realizarse | 29 | 30 |
| Ha comenzado a realizarse | 2 | 3 |
| Nunca se han realizado | 19 | 16 |

Fuente: Elaboración propia.

Resaltar que de los 51 programas de formación a familiares existentes el 57% se han dejado de realizar; el 17,6% se realizó

con cambios importantes; el 17,6% se realizó con ligeros cambios; y el 7,8% se mantuvo sin cambios. De los 53 talleres dedicados a desarrollo o gestión emocional el 56,6 % dejaron de realizarse; el 15,1% se realizó con cambios importantes; el 20,8% introdujo ligeros cambios; y el 7,5% se mantuvo sin cambios. Frente a los 59 programas que se interrumpieron solo 5 nuevos comenzaron en este periodo.

Intervenciones profesionales

Se analizó cuál había sido el impacto en las intervenciones profesionales que se realizan desde las entidades. Como se puede apreciar en la tabla 3 se ha recogido información sobre lo que ha sucedido en las intervenciones logopédicas, psicológicas, de trabajo social y en los grupos de apoyo.

Tabla 3. Intervenciones

| | Logopédicas | Psicológicas | Trabajo Social | Grupos de apoyo |
|------------------------------------|-------------|--------------|----------------|-----------------|
| Se realiza sin cambios | 2 | 13 | 15 | 14 |
| Se realiza con ligeros cambios | 4 | 18 | 17 | 11 |
| Se realiza con cambios importantes | 5 | 20 | 11 | 10 |
| Ha dejado de realizarse | 17 | 11 | 6 | 22 |
| Ha comenzado a realizarse | 1 | 3 | 1 | 5 |
| Nunca se han realizado | 38 | 13 | 24 | 13 |

Fuente: Elaboración propia.

De la información recogida se extrae que de los 28 dispositivos de intervención logopédica el 60,7% se han dejado de realizar; el 17,9% se realizó con cambios importantes; el 14,3% se realizó con ligeros cambios; y el 7,1% se mantuvo sin cambios. De los 62 dispositivos de atención psicológica el 17,7% dejaron de realizarse; el 32,3% se realizó con cambios importantes; el 29% introdujo ligeros cambios; y el 21% se mantuvo sin cambios. De los 49 dispositivos de trabajo social el 12,25% se han dejado de realizar; el 22,4% se realizó con cambios importantes;

el 34,7% se realizó con ligeros cambios; y el 30,6% se mantuvo sin cambios. Finalmente, de los 57 dispositivos de apoyo grupal el 38,6% dejaron de realizarse; el 17,5% se realizó con cambios importantes; el 19,3% introdujo ligeros cambios; y el 24,6% se mantuvo sin cambios. Frente a los 56 dispositivos de atención profesional programas que se interrumpieron solo 10 nuevos comenzaron en este periodo.

Investigación/Difusión

A continuación, se analizó cuál había sido el impacto en la participación en actividades científicas y de difusión. En la tabla 4 se recoge como este periodo de pandemia ha afectado a dichas actividades.

Tabla 4. Investigación/Difusión

| | Coordinación proyectos de investigación | Participación en estudios nacionales o internacionales | Participación en congresos y jornadas | Participación en foros científicos | Participación en programas de radio y/o televisión | Mesas informativas |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|
| Se realiza sin cambios | 15 | 20 | 4 | 7 | 17 | 5 |
| Se realiza con ligeros cambios | 7 | 11 | 6 | 7 | 8 | 6 |
| Se realiza con cambios importantes | 13 | 10 | 10 | 13 | 12 | 6 |
| Ha dejado de realizarse | 25 | 25 | 57 | 40 | 36 | 50 |
| Ha comenzado a realizarse | 4 | 6 | 2 | 4 | - | 2 |
| Nunca se han realizado | - | - | - | - | - | 6 |

Fuente: Elaboración propia.

De la información recogida se extrae que las entidades estaban presentes en la coordinación de 60 proyectos de investigación en activo antes de esta situación, el 41,6% se han dejado de realizar; el 21,7% se realizó con cambios importantes; el 11,7% se realizó con ligeros cambios; y el 25% se mantuvo sin cambios. De las 66 participaciones en estudios internacionales

o nacionales el 37,9% dejaron de realizarse; el 15,1% se realizó con cambios importantes; el 16,7% introdujo ligeros cambios; y el 30,3% se mantuvo sin cambios. De las 77 participaciones en congresos y jornadas previstas; el 74% dejaron de realizarse; el 13% se realizó con cambios importantes; el 7,8% introdujo ligeros cambios; y solo el 5,2% se mantuvo sin cambios. De las 67 participaciones en foros científicos; el 59,7% dejaron de realizarse; el 19,4% se realizó con cambios importantes; el 10,45% introdujo ligeros cambios; y el 10,45% se mantuvo sin cambios. De las 73 entidades que participaban en programas de radio y/o televisión; el 49,3% dejaron de realizarse; el 16,4% se realizó con cambios importantes; el 11% introdujo ligeros cambios; y el 23,3% se mantuvo sin cambios. Finalmente, en relación a las mesas informativas que las entidades instalan con diferentes fines, de las 67 entidades que realizaban esta actividad de difusión; el 74,6% dejaron de realizarse; el 9% se realizó con cambios importantes; el 9% introdujo ligeros cambios; y el 7,4% se mantuvo sin cambios. Frente a las 233 acciones que se interrumpieron solo 22 nuevas comenzaron en este periodo.

Financiación

Finalmente, se analizó cual había sido el impacto en las fuentes de financiación de las entidades. En la tabla 5 se recoge cual ha sido el impacto en los patrocinios, aportaciones de los miembros y el acceso a convocatorias oficiales.

Tabla 5. Financiación

| | Patrocinio Privado | Patrocinio Público | Aportaciones | Convocatoria ayudas |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|---------------------|
| Se realiza sin cambios | 12 | 6 | 4 | 15 |
| Se realiza con ligeros cambios | 11 | 12 | 8 | 16 |
| Se realiza con cambios importantes | 16 | 13 | 10 | 18 |
| Ha dejado de realizarse | 30 | 33 | 34 | 22 |
| Ha comenzado a realizarse | 2 | 4 | 4 | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

De la información recogida se extrae que, de las 69 acciones vinculadas al logro de patrocinio privado, el 43,5% se han dejado de realizar; el 23,2% se realizó con cambios importantes; el 15,9% se realizó con ligeros cambios; y el 17,4% se mantuvo sin cambios. De las 64 acciones vinculadas al logro de patrocinio público, el 51,6% se han dejado de realizar; el 20,3% se realizó con cambios importantes; el 18,7% se realizó con ligeros cambios; y el 9,4% se mantuvo sin cambios. De las 56 acciones vinculadas al logro de aportaciones, el 60,7% se han dejado de realizar; el 17,9% se realizó con cambios importantes; el 14,3% se realizó con ligeros cambios; y el 7,1% se mantuvo sin cambios. Finalmente de las 71 participaciones en convocatorias de ayudas, el 31% se han dejado de realizar; el 25,4% se realizó con cambios importantes; el 22,5% se realizó con ligeros cambios; y el 21,1% se mantuvo sin cambios. Destacar que 233 acciones se tuvieron que interrumpir frente a solo 22 nuevas acciones que se comenzaron en este periodo.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido conocer cual ha sido el impacto del confinamiento estricto en los servicios y en la actividad de las entidades vinculadas a las ER. Nuestros resultados muestran que se ha producido un efecto negativo en el número de actividades y servicios que las entidades han podido prestar durante este periodo. Tanto debido a la eliminación de dichas actividades y servicios, como a los cambios que han debido realizarse para poder prestar los mismos. Por otra parte, también es necesario indicar que los resultados han mostrado cómo, en esta situación, algunas entidades han comenzado a prestar nuevos servicios.

La paralización del sistema social es una medida complicada con numerosos elementos a tener en cuenta. Las medidas llevadas a cabo por los agentes políticos han tratado de proteger la salud “física” de la sociedad. Ahora bien, estaban diseñadas para el caso de un virus de transmisión fundamentalmente aérea pero dichas medidas han dejado fuera del foco de atención a personas con otras afecciones como las crónicas, enfermedades raras o las que afectan la esfera mental. En este sentido Clemens et al. (2020) advirtieron que el “distanciamiento social” es una medida que no está exenta de “efectos secundarios” en los

niños, adolescentes y en las familias afectadas por enfermedades mentales, las cuales soportan una carga importante de estas medidas. Como destacan Prieto Rodríguez et al. (2020), en las personas con enfermedades crónicas aunque no padezcan de una “enfermedad mental” se vio afectada su vivencia emocional, su capacidad de afrontamiento y su autocuidado. Teniendo un alto impacto en las enfermedades raras dada su cronicidad y sus características psicosociales (Esteban & Ruiz-Castañeda, 2020).

Frente a una parálisis de actividad en números sectores, las entidades de afectados y familiares en ER han mostrado capacidad de reacción como muestran nuestros resultados. Oliveira y Pina (2021), estudiando la innovación generada por los pacientes en el ámbito de la salud, afirman que los afectados por ER, dada su situación de marginalización, son un colectivo más innovador que busca atender a las necesidades de sus familiares. Ello nos hace pensar que esta capacidad de innovación podría estar relacionada con la reacción que se ha producido en el colectivo de las entidades asociativas relacionadas con las ER. En este sentido, las adaptaciones, con ligeros o importantes cambios, han permitido en algunos casos el mantenimiento del servicio prestado. Como indican los resultados de nuestro estudio, en el caso de los talleres emocionales y autocuidado, los grupos de apoyo, la atención psicológica y de trabajo social han sido mantenidas por un mayor número de entidades que las que han tenido que suprimirlas. No ha sucedido lo mismo, en el caso de los talleres de Makaton, habilidades sociales y estimulación cognitiva, así como el servicio logopédico, en los que es mayor el número de entidades que dejan de realizar las actividades que las que pueden mantenerlas o adaptarlas.

Nuestros datos, concuerdan con el trabajo de Bertran y Rubio (2020) puesto que muestran un descenso en la actividad de participación en estudios científicos y ensayos clínicos. Como indican nuestros resultados, este tipo de actividades, además de verse mermadas sustancialmente, han requerido en la mayoría de los casos de adaptaciones que van de leves a profundas. En este sentido, el uso de nuevos modelos de trabajo basados en las TIC, ha propiciado que algunas entidades hayan podido mantener jornadas y congresos de forma virtual.

Además de las actividades que hayan podido verse afectadas, es importante reseñar el impacto directo e indirecto que produce la pérdida de financiación. Es posible que las entidades no puedan realizar actuaciones previstas y por tanto repercute negativamente en el logro de sus fines. Aunque la constatación de esta posibilidad requeriría de posteriores estudios que analicen los efectos a largo plazo de la pandemia.

La situación de pandemia ha puesto a prueba las capacidades del Sistema Sanitario y las entidades de pacientes. Para algunas entidades y usuarios ha sido un verdadero reto romper la brecha digital y aprender a ritmo forzado las oportunidades que nos dan las nuevas tecnologías. Incluso hemos aprendido que se puede lograr optimizar la atención sanitaria haciendo un buen uso de las TICS. En este sentido, autores como Bertran y Rubio (2020) afirman que la telemedicina es una de las herramientas fundamentales en la gestión de pacientes con enfermedades raras neuromusculares. De hecho, estos autores consideran que es necesario asesorar a la población sobre estudios en Internet o incluir anuncios en las redes sociales. Por otro lado, también indican que podría ser relevante el uso de consentimiento telemático (teleconsentimiento) o la utilización de entrevistas telefónicas. En tercer lugar hacen mención de usar aplicaciones móviles u otros dispositivos como dinamómetros, actígrafos, acelerómetros o mediciones remotas de la función respiratoria. Además, y en último lugar, consideran que se debe abordar la necesidad de dispensar y recolectar medicamentos a distancia.

CONCLUSIONES

Este estudio ha aportado información de una muestra representativa del colectivo de entidades de afectados y familiares de ER, mostrando que actividades se han podido ver más afectadas y cuales han requerido un mayor esfuerzo de adaptación.

El colectivo de personas con enfermedades raras es especialmente vulnerable y tiene gran necesidad de atención sociosanitaria y de investigación, por lo que se ha visto más afectado que la población general por la pandemia.

En posteriores estudios sería interesante explorar qué dinámicas han podido surgir como consecuencias de esas adaptaciones,

qué nuevos servicios han permanecido, así como el impacto que sobre los profesionales de las entidades ha podido tener esta situación. Ya que, unido a las tensiones que han podido estar sufriendo en su adaptación al teletrabajo, es posible que hayan tenido una mayor carga de trabajo emocional. Sería interesante valorar si una vez que se ha aprendido a trabajar mediante TICS las entidades siguen potenciando estas herramientas o prefieren la presencialidad y si esta situación les ha abierto nuevas posibilidades para una mejora atención de sus familias.

En este estudio se han descrito los efectos negativos en las actividades realizadas por las entidades sociales relacionadas con las ER, aunque destaca la importante capacidad de innovación y de adaptación que les ha permitido solventar los problemas generados por la pandemia, el confinamiento y el aislamiento social y continuar prestando servicios a una población a la que es necesario no dejar de atender.

Este trabajo muestra también que es necesario idear medidas alternativas con el objeto de minimizar los “efectos secundarios” generados por la ausencia de socialización, por la limitación en las actividades sanitarias, por la reducción de las posibilidades de rehabilitación, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

- Baynam, G. S., Wicking, C., Bhattacharya, K., y Millis, N. (2020). Protecting the rare during a rare pandemic. *The Medical journal of Australia*, 213(2), 94–94, e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50671>
- Bertran Recasens, B. y Rubio, M. A. (2020). Neuromuscular Diseases Care in the Era of COVID-19. *Frontiers in neurology*, 11, 588929. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.588929>
- CCST. (2020). DONANTES CONVALECIENTES DE LA COVID-19 Directrices para la obtención de plasma de donantes convalecientes de la Enfermedad del Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Ministerio de Sanidad España*.
- Chowdhury, S. F., Sium, S., y Anwar, S. (2021). Research and Management of Rare Diseases in the COVID-19 Pandemic Era: Challenges and Countermeasures. *Frontiers in public health*, 9, 640282. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.640282>

- Chung, C. C., Wong, W. H., Fung, J. L., Hong Kong, R. D., y Chung, B. H. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on patients with rare disease in Hong Kong. *European Journal of Medical Genetics*, 63(12), 104062. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2020.104062>
- Clemens, V., Deschamps, P., Fegert, J. M., Anagnostopoulos, D., Bailey, S., Doyle, M., Eliez, S., Hansen, A. S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Jacobs, B., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Kumperscak, H. G., Pejovic-Milovancevic, M., Christensen, A., Raynaud, J. P., Westerinen, H., y Visnapuu-Bernadt, P. (2020). Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 739–742. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01549-w>
- Coca, J. R. y Roche, J. A. (2021). The city emptied and the homes and hospitals turned into ‘the world’. A sociological approach [version 1; peer review: 3 approved]. *F1000Research*, 10:424. <https://doi.org/10.12688/f1000research.52097.1>
- Esteban-Bueno, G., Coca, J. R., Guerra de los Santos, J. M., y Ruiz-Castañeda, D. (2021). Análisis de la calidad de vida en personas con el Síndrome de Wolfram y de sus cuidadores: aspectos sociológicos y psicológicos. *Obets* 15(2): 471-500. <https://doi.org/10.14198/OBETS2020.15.2.04>
- Esteban, G., y Ruiz-Castañeda, D. (2020). *Un perspectiva Biopsicosocial de las enfermedades raras. El síndrome de Wolfram como modelo*. Soria, CEASGA.
- Eurordis (2020). How has COVID-19 impacted people with rare diseases?. Accesible en: <https://www.eurordis.org/publication/how-has-covid-19-impacted-people-rare-diseases-0>
- FEDER/CREER (2018): *Estudio sobre situación de Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio. Datos 2016-2017*, Madrid, FEDER/CREER.
- Márquez, J. R. (2020). Teleconsultation in a pandemic due to coronavirus: Challenges for telemedicine in the post-COVID-19 era. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35, 5–16. <https://doi.org/10.22516/25007440.543>

- Oliveira, P., y Pina e Cunha, M. (2021). Centralized Decentralization, or Distributed Leadership as Paradox: The Case of the Patient Innovation's COVID-19 Portal. *Journal of Change Management*, 21(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/14697017.2021.1917493>
- Pérez Milian, J. M., Berrio Aguila, J. E., Ojeda, Y. P., Rodríguez Quesada, N. Y., Fernández Pérez, S. E., y Aranguren Torriente, D. (2020). Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos por la COVID-19 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. *Medicentro (Villa Clara)*, 24(3), 630-641.
- Prieto Rodríguez, M. Á., March Cerdá, J. C., Martín Barato, A., Escudero Carretero, M., López Doblas, M., y Luque Martín, N. (2020). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gaceta sanitaria*, S0213-9111(20)30251-X. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001>
- Ramírez-Pereira, M., Pérez Abarca, R., y Machuca-Contreras, F. (2020). Políticas públicas de promoción de salud en el contexto del Covid-19, en Chile, una aproximación desde el análisis. *Global Health Promotion*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1757975920978311>
- Schwartz, I. V. D., Randon, D. N., Monsores, N., Moura de Souza, C. F., Horovitz, D. D. G., Wilke, M. V. M. B., y Brunoni, D. (2021). SARS-CoV-2 pandemic in the Brazilian community of rare diseases: A patient reported survey. *American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics, January*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31883>
- Talarico, R., Aguilera, S., Alexander, T., Amoura, Z., Antunes, A. M., Arnaud, L., Avcin, T., Beretta, L., Bombardieri, S., Burmester, G. R., Cannizzo, S., Cavagna, L., Chaigne, B., Cornet, A., Costedoat-Chalumeau, N., Doria, A., Ferraris, A., Fischer-Betz, R., Fonseca, J. E., ... Mosca, M. (2021). The impact of COVID-19 on rare and complex connective tissue diseases: the experience of ERN ReCONNET. *Nature Reviews Rheumatology* 17, (3), 177-184. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00565-z>

MONOGRÁFICO 5:
**Tiempos de pandemia: el *podcast* y la
participación como herramienta socioeducativa
de encuentro y salud intergeneracional**

LIDIA SANZ MOLINA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL. CAMPUS
DUQUES DE SORIA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. ORCID
<https://orcid.org/0000-0003-1910-2771>

SUSANA GÓMEZ REDONDO

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA. CAMPUS DUQUES DE SORIA.
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-8285-2068>

ELENA JIMÉNEZ GARCÍA

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA LENGUA Y LA LITERATURA.
CAMPUS DUQUES DE SORIA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-2410-9110>

Resumen: Se recoge una experiencia de formación y participación comunitaria intergeneracional entre estudiantes de la Facultad de Educación de Soria y personas mayores. Dicha intervención ha sido realizada en el

primer cuatrimestre de 2020-21. La acción consiste en un acercamiento al *podcast* como herramienta de innovación socioeducativa y de comunicación entre colectivos de edades y contextos formativos diferentes. El objetivo es potenciar las relaciones entre ambos grupos e impulsar acciones de encuentro en el contexto de la COVID-19. Se persigue estimular el acercamiento, eliminar prejuicios gerontofóbicos y potenciar la salud social. La acción parte de la premisa de una educación a lo largo de la vida en contextos formales, no formales e informales. La pandemia añade el objetivo emergente de paliar aislamientos no elegidos, especialmente entre las personas mayores, más vulnerables. Se trata de una experiencia comprensiva, fundamentada en el trabajo de campo etnográfico y centrada en la experimentación. Se concluye que este tipo de acciones reducen los prejuicios sociales y el impacto de la brecha digital y que, a pesar de los deseos incumplidos de presencialidad de los participantes (quienes experimentaron la pantalla como barrera y a la vez facilitadora de encuentros), se generan sinergias socioafectivas positivas y saludables en ambos grupos.

Palabras Clave: *podcast*, salud social, intergeneracional, educación a lo largo de la vida, COVID19, participación ciudadana.

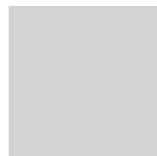
In times of a pandemic crisis: the podcast and participation as a socioeducative tool for intergenerational health and encounter

Abstract: An experience of intergenerational community training and participation is outlined involving students from the Faculty of Education in Soria and senior citizens. This intervention was carried out in the first four months of the 2020-21 academic year. The action research involves the use of the podcast as a tool for socio-educational innovation and communication between different groups of ages and training contexts. The aim is to foment relationships between both groups and encourage encounters within the context of Covid-19. It is hoped to stimulate closer contact, eliminate gerontophobic prejudices and enhance social health. The activity is based on the premise of lifelong education in formal, non-formal and informal contexts. The pandemic adds the emerging goal of alleviating involuntary isolation, particularly among more vulnerable elderly people. This is a comprehensive experience based on ethnographic fieldwork and focused on experimentation. It is concluded that this type of action research reduces social prejudice and the impact of the digital divide. Furthermore, despite

the unfulfilled wishes to be present in person expressed by the participants (who experienced the screen both as a barrier and, too, facilitator of encounters), positive, healthy socioeconomic synergies were forged in both groups.

Keywords: podcast, social health, intergenerational, lifelong education, Covid-19, citizen participation.

M5: Tiempos de pandemia: el *podcast* y la participación como herramienta socioeducativa de encuentro y salud intergeneracional



Lidia
Sanz Molina

Susana
Gómez Redondo

Elena
Jiménez García

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426231

Recibido: 05/07/2021

Aceptado: 05/10/2021

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se inscribe en el marco del Convenio de la Gerencia de Asuntos Sociales con los ayuntamientos de las ciudades en las que se encuentran los campus de la Universidad de Valladolid (Soria, Segovia, Palencia y Valladolid). Su objetivo es impulsar acciones que faciliten el acercamiento entre generaciones, concretamente entre personas mayores y la comunidad universitaria, a través de actuaciones de intercambio.

Se recoge una experiencia de formación y participación comunitaria intergeneracional entre estudiantes de la Facultad de Educación de Soria y el colectivo de personas mayores. Dicha intervención ha sido realizada en el primer cuatrimestre del curso 2020-21, es decir, durante la pandemia, con el objetivo fundamental de potenciar las relaciones entre ambos grupos de edad e impulsar acciones de encuentro en el contexto de la COVID-19. De este modo, y para estimular la conectividad y el uso de herramientas digitales, se diseña una acción en torno a la realización de *podcasts* basada en la presencialidad y el encuentro síncrono virtual. Con este fin, se pone en marcha un taller de guionización,

producción y distribución de *podcast*, en el que los participantes se conocen e interactúan a través de plataformas virtuales.

Se diseña como experiencia comprensiva, fundamentada en el trabajo de campo etnográfico y centrada en la experimentación.

Se persigue desarrollar interacciones formativas universitarias y de educación a lo largo de la vida, al tiempo que se busca paliar situaciones de riesgo social rompiendo el aislamiento (especialmente en el grupo de mayor vulnerabilidad de las personas mayores) derivado del contexto pandémico.

Los fines a alcanzar se enmarcan en los objetivos generales de sensibilizar a la comunidad universitaria sobre el colectivo de personas mayores y los beneficios de las relaciones intergeneracionales. Asimismo, se pretende promover el acceso a la tecnología digital para reducir la brecha digital.

Como objetivos específicos, se plantean:

- Generar en las prácticas de grado del alumnado universitario actuaciones que incidan en el refuerzo de la vida independiente de las personas mayores y combatan los estereotipos y prejuicios gerontofóbicos.
- Promover el aprendizaje a través del uso de recursos de comunicación en el ámbito educativo, como campo poco explorado y con muchas posibilidades de ocio educativo y constructivo para mayores y universitarios.
- Estimular la participación comunitaria, el co-aprendizaje y la educación a lo largo de la vida.
- Potenciar buenas prácticas y el diálogo entre la educación formal, no formal e informal.
- Traspasar el marco académico, a través de la puesta en marcha de interacciones socioeducativas entre la comunidad universitaria y la comunidad.
- Desarrollar actividades saludables de ocio y formación para las personas mayores que permitan su entretenimiento y bienestar, desde perspectivas biopsicosociales y del ‘buen envejecer’.

- Proporcionar formación tecnológica y de conectividad a ambos colectivos, en especial al grupo de personas mayores.
- Reducir el impacto de la brecha digital y minimizar el aislamiento pandémico y de los nuevos contextos tecnológicos.

La pandemia originada por la COVID 19 ha aflorado una serie de debates que debemos afrontar a nivel social. Bajo el foco amplificador de la ‘lente viral’ (Nancy, 2020), se sobreexponen aspectos como la gerontofobia, como riesgo de presente y de futuro; el edadismo (*ageism* para Butler, 1989) o discriminación de una persona por razón de su edad, y otros como la irrupción de la “televida”; el teletrabajo; la teleeducación y el “teleocio” (Cortina, 2021). Las desigualdades se exacerbaban, inequidades en las que tiene un papel relevante la brecha digital y la conectividad (cfr. Informe de 2021 de la Alianza para una Internet Asequible, A4AI). En la post pandemia urge diseñar una ética que nos ayude a determinar nuestras prioridades. Lo trascendente consistirá en cuidar la vida de las personas y de la naturaleza, que es valiosa y vulnerable, así como garantizar el igual valor de todas las personas y no discriminar por razón de edad o discapacidad (Cortina, 2021).

El colectivo de las personas mayores se ha revelado como uno de los más vulnerables no solo en el ámbito sanitario, sino también en las áreas económica y social. La satisfacción de las necesidades socioafectivas, desde perspectivas integrales y biopsicosociales (WHO, 2002), juega un papel fundamental para combatir el aislamiento, la tristeza, la inactividad o la falta de autoestima. La edad personal se compone de tres edades como mínimo: la biológica, proceso vital único e irrepetible; la cronológica, que marca el calendario; y la social, que responde a las diferentes formas de cada sociedad de valorar las etapas del ciclo vital. Esta es esencial para determinar el aprecio social y la autoestima (Cortina, 2021).

En su propuesta para el buen envejecer, Zarebski (1999) apunta como factores protectores básicos las relaciones intergeneracionales y de amistad, así como la creación y establecimiento de nuevos vínculos. Se incide en la necesidad de afrontar del mejor modo acontecimientos esperados o inesperados, normativos de

edad y no normativos. Estos requieren una toma de conciencia de los propios cambios y de nuestro entorno, junto al autocuestionamiento de influencias como las educativas.

Una sociedad multiedades supone diseñar y crear nuevos espacios de aprendizaje y comunicación, capaces de gestionar las demandas de las personas mayores (Agudo et al., 2012). Esto incluye el aprendizaje a lo largo de la vida, paradigma educativo que dicta las reformas actuales (García Garrido y García Ruiz, 2005).

En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 4 de la Agenda 2030, la Unesco insiste en la capacidad transformadora de la educación, como derecho para todos y todas a lo largo de la vida. Esto implica una educación de calidad que abarque todos los aspectos y edades, no limitándose a un solo tramo escolar o universitario para una minoría. Se caracteriza por ser un sistema participativo, abierto, multidimensional, integral, capaz de responder a las demandas individuales y sociales, y atento a todas las etapas formales de la enseñanza y a cualquier escenario donde participe el ser humano (García Aretio et. al, 2009). Potencia, en suma, una saludable y equitativa “cultura del aprendizaje”.

En este marco, el presente trabajo recoge una intervención socio-educativa de participación comunitaria y salud social basada en las relaciones intergeneracionales, el co-aprendizaje, el diálogo entre la educación formal e informal y la educación a lo largo de la vida. La acción desarrollada en tiempos de pandemia ha implicado a los estudiantes de Grado de Educación Primaria de la Facultad de Soria y a personas mayores. Se pretendía incentivar el encuentro y el diálogo entre ambos colectivos, así como estimular el conocimiento y el uso de herramientas de comunicación destinadas a paliar los efectos del aislamiento social y la brecha digital, especialmente entre las personas mayores. La experiencia buscaba salvar la distancia aparente entre los grupos de edad. Por ello, se optó por cultivar la convivencia entre los miembros de diversas edades, entablar diálogos intergeneracionales en la vida cotidiana y organizar acciones conjuntas. Se combinó la presencialidad de los grupos con su interacción virtual sincrónica.

El co-aprendizaje desarrollado se enmarca en la propuesta del Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales (ICIP), que en 1999 definía éstos como vehículos de intercambio de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las

más jóvenes, para conseguir beneficios individuales y sociales (Hatton-Yeo y Ohsako, 2000). Además, trabaja en la dirección de las nuevas tendencias socio-políticas, que ponen el acento en la cohesión comunitaria y la contribución social. Todo ello en un contexto de intercambio y encuentro, que entronca con la visión de la educación como espacio de acercamiento, comprensión y, en definitiva, cuidado.

En lo que respecta a las personas de la universidad, se pretendía proporcionarles herramientas de innovación docente, así como de desarrollar una acción socio-educativa que traspasara el marco aulario tradicional – en metáfora de Imbernón (2014), la “caja de huevos” que es la clase–.

A partir del *podcast* como herramienta didáctica y su uso innovador en el aula de primaria, el alumnado del Grado de Educación, futuro personal docente, adquirió conceptos y habilidades relacionados, de un lado, con la producción del mismo y, de otro, con su aplicación pedagógica. Siguiendo el concepto de web 2.0, no solo se convirtió junto a las personas mayores en productor de materiales, sino que estos fueron creados desde perspectivas didácticas, en apoyo a los procesos de enseñanza-aprendizaje (Ortega Barba, 2010).

El soporte sonoro se presenta como una gran aportación para la creatividad del alumnado y su motivación en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Fernández, 2015). La radio en el aula mantiene la complicidad con el oyente, oralidad, brevedad, repetición, y transmisión amena de conocimientos, creencias, actitudes y valores (Montero y Mandrillo, 2007). Asimismo, el *podcast* es una herramienta muy flexible, que permite elaborar guiones adaptados a distintas realidades educativas (Solano y Sánchez, 2010). El alumnado no sólo descarga el *podcast* para su escucha, sino que también es capaz de crearlo y difundirlo, planificando y desarrollando todas las fases. Se hace partícipe y protagonista activo de procesos generadores de conocimiento, comunicación y aprendizaje, que trascienden el contexto educativo, activando protocolos de transferencia social. Se comprueba que estimula la motivación; fomenta el aprendizaje autónomo; destaca por su versatilidad y otorga al alumnado un papel activo y participativo. Además, potencia la creatividad y autonomía en el aula (tanto entre el alumnado como entre los docentes), pues ambos pueden asumir el papel

de *prosumidores* de este recurso; permite generar conocimiento; compartir experiencias; fomentar las habilidades orales, y sirve como medio de expresión y sensibilización para tratar aspectos emocionales, de reflexión y debate. De otra parte, permite abordar todo tipo de contenidos, áreas, asignaturas y elementos transversales. En cuanto a su uso, se descarga y oye en el momento deseado. Si el colectivo de estudiantes es quien crea, aprende a poner en marcha habilidades, competencias y procesos de investigación y construcción de conocimiento; en su papel de receptor, puede servirle de píldora de conocimiento, herramienta de clase invertida (*flipped classroom*), *podcast* de repaso, etc.

MÉTODO E INSTRUMENTOS

Los datos que presentamos fueron obtenidos mediante la planificación y puesta en marcha de una experiencia comprensiva, basada en lo que denominamos trabajo de campo etnográfico.

El proyecto se presentó en un grupo de nueve personas, estudiantes voluntarias de cuarto curso matriculadas en la asignatura *Metodología de la enseñanza del español para extranjeros*. Es una materia optativa propia de la mención de *Lengua castellana, literatura y creatividad*, de los planes de estudio del Grado en Educación Primaria. Asimismo, participaron de forma voluntaria personas mayores de 65 años, usuarias de un Centro Cívico de la ciudad de Soria. A continuación, se presenta la relación de acciones, técnicas, participantes y evaluación, sobre las que se asentó el proyecto.

Tabla 1. Acciones, técnicas, participantes y evaluación del proyecto

| | |
|---------------|---|
| Acciones | Cinco sesiones formativas sobre la creación de podcast y la participación, dirigidas por dos periodistas, con la participación de tres profesoras como observadoras. |
| Técnicas | Grabación de presentaciones de grupo, entrevistas entre grupos, entrevistas a personas destacadas en el ámbito social, observación participante, anotaciones y registros en diarios de campo y grabaciones de podcasts. |
| Participantes | 9 estudiantes de Educación Infantil de la Universidad de Valladolid (Uva), 4 mujeres mayores de un centro cívico de Soria, 2 periodistas profesionales de prensa y radio, 3 profesoras de la Uva. |
| Evaluación | Realización de cuestionario y grupo focal presencial en el Campus Duques de Soria. |

La actividad consistía en la puesta en marcha de cinco sesiones de encuentro participativo, cuyo objeto de trabajo era la creación de *podcasts*, dirigidas por dos personas expertas en comunicación, una con cada uno de los grupos referidos (jóvenes y mayores). Se diseñaron actividades encaminadas a que los participantes practicasen con técnicas y herramientas radiofónicas. Debido a las restricciones motivadas por la pandemia, se decidió utilizar la vía telemática en la primera parte de la experiencia, mientras que, en la última parte, en concreto en el grupo focal, se reunieron presencialmente.

Se pretendía poner en conexión el medio clásico radiofónico, supuestamente más próximo al grupo de personas mayores, con el *podcast*, previsiblemente más cercano al alumnado universitario en cuanto a formato y elemento *prosumidor*.

Se abordaron distintos géneros periodísticos como la noticia, la entrevista, la crónica informativa, la columna y el editorial, que posteriormente se materializaron en varios *podcasts* de entrevistas conjuntas. Se generaron diferentes canales de comunicación de las personas estudiantes en el aula y por *WhatsApp*. El enfoque etnográfico ayudó a comprender el proceso social y permitió la participación de las docentes e investigadoras para observar las conductas de grupo. Se realizaron presentaciones de grupo registradas en vídeo, entrevistas grabadas y otros instrumentos de recopilación de datos, con el fin de crear descripciones detalladas de las vidas y los contextos de aprendizaje de ambos grupos. Se complementaron con observaciones y anotaciones de campo, registros audiovisuales, materiales *podcasts* creados por las personas participantes en forma de cuestionarios, preguntas, mapas, etc., confeccionados conjuntamente por los participantes.

Posteriormente se clasificaron los datos y se crearon categorías analíticas, para facilitar y generar la comparación sistemática de todos ellos. Se realizó un análisis de las series de datos para recabar informaciones significativas de los momentos, procesos y contextos de interacción e interconexión entre los grupos participantes.

En cuanto a la secuencia didáctica, primeramente se grabó un video breve de las personas mayores presentándose a los jóvenes. Se trataba de cuatro mujeres que decidieron trabajar de manera conjunta. También grabaron un video breve de presentación las

nueve personas jóvenes universitarias, para las personas mayores. En ambos espacios, aula y centro cívico, intercambiaron y visualizaron los videos de la otra parte. Una vez que se ‘conocieron’ de forma virtual, se les planteó realizar entrevistas entre grupos: una de mayores a jóvenes y otra de jóvenes a mayores, en las que hablaran de temas de interés de ambas generaciones en relación con la pandemia, el ocio y las restricciones.

Por último, se planteó la realización de entrevistas de forma conjunta, dirigidas a personas destacadas en distintos ámbitos sociales. A partir de ahí, el trabajo fue de tipo cooperativo e interactivo entre ambos grupos: se inició un proceso conjunto para la planificación y estructuración de las entrevistas, de toma de decisiones en cuanto a los temas a tratar, las personas a entrevistar, las preguntas y cuestiones a plantear, los horarios, etc. La finalidad era que las entrevistas fueran grabadas y publicadas en forma de *podcast*. Para ello, uno de los periodistas creó y les presentó una píldora de conocimiento sobre la creación y producción del *podcast*, con el fin de que ambos grupos conocieran el contexto en el que se iba a realizar el trabajo.

Con respecto a la preparación de la entrevista entre jóvenes y mayores, previamente y con las mujeres mayores, se realizó la lectura de las preguntas que habían elaborado los jóvenes, para aclarar dudas o por si algún tema les incomodaba. Estas prefirieron no preparar las respuestas y ser espontáneas, salvo en un caso, porque, según declaró, le ayudaba a concretar y ordenar la exposición. Después, ambas partes, de forma independiente, acordaron quién formularía las preguntas y quién contestaría, tratando de equilibrar el reparto. En este caso las mujeres mayores prepararon sus entrevistas y las enviaron al grupo de universitarios para ver si estaban o no conformes, o era preciso introducir cambios.

En relación a las entrevistas conjuntas de mayores y universitarios a los agentes sociales, se contó con la ayuda de los dos periodistas para su elección y contacto. Tras algunas llamadas telefónicas, aceptaron ser entrevistados el alcalde de Soria, el Inspector de Seguridad Ciudadana de la Policía Nacional en Soria y un exfutbolista del C.D. Numancia. Posteriormente se preparó un guion de cada una de las tres entrevistas, y las preguntas de los grupos de trabajo se enviaron a través del grupo

de *WhatsApp* creado específicamente para la coordinación y el desarrollo de la actividad. Entre todas las personas participantes se planificó el desarrollo de cada entrevista, acordaron quién iba a presentar y despedir, el formato, así como el orden de intervención.

Cada grupo de estudiantes, por una parte, y el grupo de mujeres mayores, por otra, elaboraron las preguntas para, posteriormente, ordenarlas y depurar la entrevista con la ayuda de los periodistas. Entre el alumnado y las personas mayores se crearon grupos mixtos para diseñar y realizar los *podcasts*. Tras su producción, el resultado final fue trasladado al servicio de Asuntos Sociales de la UVa, del área de Responsabilidad Social, como herramienta de difusión de la actividad dentro del programa de acercamiento intergeneracional.

Al finalizar, como herramienta de evaluación se realizó un cuestionario y un grupo focal presencial en el Campus Duques de Soria, compuesto por los dos periodistas encargados de los talleres, una alumna y un alumno universitarios, y tres de las mujeres pertenecientes a la asociación de tercera edad. La conducción del grupo corrió a cargo de una de las tres profesoras, estando las otras dos presentes de forma virtual en su papel de observadoras.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Las presentaciones grabadas para cruzar su visualización llevan a reflexionar sobre lo que cada grupo considera más importante a la hora de darse a conocer al otro. Observamos que las personas mayores aluden a su pasado y las carencias u obligaciones que han tenido que asumir en su vida, para justificar las limitaciones a nivel formativo a las que se han visto sometidas (deducimos que lo hacen por correspondencia con el grupo al que se presentan: universitarios); no obstante, inmediatamente exponen lo que han conseguido a pesar de tales limitaciones. Detectamos, por tanto, una tendencia a manifestar las dificultades y barreras correspondientes al contexto social, para destacar sus logros con mayor amplitud pues los han conseguido a pesar de las restricciones de partida. También se observa una tendencia a describir aquellas cosas que les gustan y se les han

dado o se les dan bien: cocinar, bailar, jugar al fútbol, etc. Otro tema recurrente es la familia: hablan de sus hijas, nietas... y sus logros. En general, observamos que la presentación gira en torno a temas de los que se sienten satisfechas y la necesidad de compartir lo que consideran valioso de su experiencia vital.

En el caso del grupo de estudiantes, se desprende mayor reticencia a manifestar datos personales, en muchos casos debido a timidez, y lo que denominamos una tendencia al pragmatismo; esto es, a cumplir la tarea rápidamente. Se observa menor implicación personal, quizá por una experiencia menos madura y formada que en el grupo anterior, colectivo al que, por otro lado, se le presupone una tendencia a la proactividad como usuario de un centro cívico.

En lo que respecta a las sesiones formativas, se fue generando un clima de confianza, participación y cohesión entre grupos, que produjo los objetivos perseguidos: por un lado, la adquisición de conocimientos y habilidades relacionadas con la creación de *podcasts* y las competencias digitales, y por otro, un cambio de actitudes y comportamientos basado en la convivencia o experiencia de compartir una actividad con personas de otras edades. En ambos grupos se observó una tendencia creciente a señalar los beneficios que producía el encuentro. Estos resultados se evidenciaron en un cuestionario y grupo focal realizados al finalizar las sesiones formativas.

El desarrollo del grupo focal tuvo lugar en un seminario de la universidad, un lugar amplio y confortable en el que se dispusieron las mesas en círculo y respetando las medidas sanitarias. Tras saludar y realizar una breve descripción del grupo focal (entendido como medio de expresión de ideologías sociales y unidad pertinente de producción de discursos ideológicos) se explicó que se pretendía captar valores, creencias, costumbres, actitudes, expectativas, temores, etc. dominantes en la experiencia. Se informó de la garantía del anonimato y la utilización de los datos con fines exclusivamente académicos y educativos.

Se plantearon dos temas a debatir:

1. Compartir puntos de vista sobre el taller intergeneracional como intervención educativa e intercambio de experiencias para promover la interrelación entre diferentes grupos de edad.

2. Explorar las posibilidades de creación y uso de *podcast* intergeneracionales, como acción para promover y generar la participación ciudadana.

Los resultados del grupo de trabajo vuelcan nuevamente que las señoras, por un lado, se infravaloran realizando comentarios como: “¿qué podemos aportar nosotras?”. Estas cuestiones las justifican con alusiones a las escasas posibilidades de estudiar que tuvieron, planteando seguidamente sus logros a pesar de todo. Entendemos que se trata de una actitud ambivalente, que muestra, de una parte, cierta justificación ante personas más formadas académicamente, académicamente y, de otra, lo que podríamos denominar una actitud de orgullo por el recorrido (comparativo con quienes entienden han tenido menos obstáculos) de su trayectoria vital.

Contrariamente a las dudas en cuanto a sus posibilidades de aportar, son mujeres activas que participan en múltiples actividades y están orgullosas de ello: “durante 15 años fui presidenta de la asociación de vecinos”, “hago cursos, participo en talleres de cocina, labores, en todo lo que me proponen” [...]. Están muy satisfechas de haber compartido esta experiencia con alumnado universitario y constantemente expresan las cualidades de estos estudiantes, su corrección, inteligencia y educación. Manifiestan sentirse muy bien escuchando hablar al grupo de jóvenes y hacen notar que otras personas mayores de su entorno son reacias a participar en este tipo de actividades y más en el momento pandémico. Ilustran la exposición con anécdotas de su vida, que relacionan con las perspectivas laborales y los intereses por los que han luchado para mejorar la empleabilidad y la consecución de un mayor bienestar para las personas jóvenes.

En el grupo de estudiantes volvemos a detectar una actitud más tímida, si bien son más concretos y se centran más en el tema planteado. Afirman haber descubierto una opción de trabajo colaborativo muy interesante y constructivo para actuaciones educativas. Muestran que hablar con personas mayores les agrada, les ayuda y aprenden mucho. La experiencia les aporta el descubrimiento de personas de otra generación y sus puntos de vista, enfoques e inquietudes, a la vez que observan la disposición y atrevimiento que estas manifiestan ante tareas que abordan conjuntamente, y que para ellos suponen mayor dificultad, miedo

o vergüenza. Esta mayor capacidad de afrontamiento puede que provenga de la edad y/o de la vivencia de múltiples experiencias, lo que les permite manifestar sus inquietudes, preocupaciones, expresar más abiertamente lo que piensan e incluso increpar educadamente a personas que al grupo juvenil les producen cierta cohibición (como puede apreciarse en las entrevistas a personas conocidas y que ocupan un estatus o nivel social con implicaciones de autoridad).

Ambos grupos mostraron una gran predisposición, así como preocupación e inseguridad motivada por sus equivocaciones a la hora de hablar, lo que denota su implicación por hacer las cosas bien y por su interés por aprender y mejorar.

En cuanto a la realización de este tipo de experiencias y el uso del *podcast* como herramienta de participación ciudadana, consideran que es una actividad idónea para trabajar en la universidad. Finalmente, se les pidió que añadieran tres palabras que resumiesen lo que supuso la realización de esta actividad. Destacan por su frecuencia las palabras: *enriquecedor/a, enriquecimiento, interesante, estimulante, emocionante, aprendizaje, útil, apasionante, sorprendente, innovador, importante, cooperación, compartir, novedosa, creativa, reflexivo, sorpresa, tristeza, divertida, respeto, paciencia, responsabilidad, conocimiento, autonomía, felicidad, cercanía, entusiasmo, única, fructífera, curiosidad*. En este listado podemos diferenciar cuatro categorías: las que hacen alusión al *entretenimiento, ocio o placer*; las que tienen que ver con el *aprendizaje y desarrollo cognitivo*; las que apuntan al *desarrollo o crecimiento personal* y las que señalan al *descubrimiento, la creatividad y la novedad*. Entendemos que estos cuatro campos de actividad y desarrollo de la persona cubren una importante variedad de expectativas, por la posibilidad que genera entre las personas participantes experimentar en ámbitos fuera de los que conforman su espacio habitual de actuación y, por tanto, ajenos a su zona de confort.

Entre las tres cosas que destacaron como buenas adquisiciones, señalaron algunas relacionadas con las habilidades y conocimientos relacionados con la creación de podcasts (“*Mayor confianza en mí mismo*”, “*autonomía a la hora de expresarme*”, “*perder la vergüenza a hablar en público*” o “*sentirme especial al poder hablar con personas ‘de alto nivel’*”. Sin embargo, apuntaron

en un porcentaje mucho más elevado, que podríamos datar en torno a 4 de cada 5 respuestas, adquisiciones relacionadas con la interrelación: *“una nueva perspectiva de la vida y unas mujeres a las que me gustaría conocer más”*; *“nuevos modos de ver las cosas”*, *“dar importancia a conversar con personas mayores”*; *“visión de la situación desde el punto de vista de una persona de la tercera edad”*; *“miedo o respeto hacia la situación y ganas de vivir a pesar de las restricciones”*; *“acercamiento a otras generaciones, información acerca de ellos y ellas”*; *“empatía, solidaridad y compañerismo”*; *“comprender mejor”*; *“cariño, entusiasmo y valores”*.

Entre las cosas que cambiarían o introducirían en el desarrollo de la actividad señalaron actuaciones relacionadas con ampliar la experiencia intergeneracional, el contacto y el tiempo. Por último, todo el alumnado participante incidió en la satisfacción y enriquecimiento que había supuesto esta experiencia y el interés por realizar actividades similares en un futuro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Plantear en el ámbito académico distintas experiencias y contextos de aprendizaje, integrados en el ámbito social, dota de gran riqueza y posibilidades de canalizar las energías de los estudiantes (Thomas y Brown, 2011). Entender y descubrir cómo transcurren estos procesos es un gran reto para la investigación pues, aunque sabemos bastante sobre cómo las personas forman conexiones entre sus experiencias, queda mucho por comprender sobre cómo se utilizan los recursos generados en su aplicación a nuevas experiencias y contextos.

La educación a lo largo de la vida implica participación ciudadana y ruptura de las fronteras entre los escenarios socioeducativos, es decir, una extensión de los tradicionales (y aún rígidos) marcos de aprendizaje. Resulta imprescindible que instituciones y agentes estén abiertos a las demandas de la ciudadanía, para que la educación formal, informal y no formal se hagan eco de esta necesidad, y habiliten nuevos espacios físicos y pedagógicos. Ello implica una apertura y atención permanentes a los cambios textuales y contextuales. Entendemos que experiencias como la expuesta generan estrategias de mejora de la convivencia en los

entornos y contextos próximos. Estas potencian mayor salud social no solo del colectivo de más edad, sino también (como muestran los resultados obtenidos) entre el estudiantado. Dados los potenciales riesgos socioafectivos derivados de los contextos pandémicos, parece obvio que la creación y adaptación de acciones de ocio y educación a lo largo de la vida adquiere mayor relevancia.

El cumplimiento de este objetivo pasa por el incremento de la conectividad de los colectivos vulnerables, más expuestos a la brecha digital. Las personas mayores, con menores competencias tecnológicas por razones obvias, conforman un grupo diana. El virus acelera la urgencia de acciones que reduzcan la inequidad de los nuevos contextos tecnológicos, así como la intensificación de programas de ocio y educación intergeneracional que combatan los efectos perniciosos de aislamientos no elegidos.

En la experiencia expuesta, la interacción estuvo inevitablemente mediada por la conectividad. Esta imposición se añadió al componente tecnológico de los audios, planificado previamente. Uno de los mayores retos fue desarrollar nuevos métodos y herramientas para minimizar las barreras pandémicas. La vocación intergeneracional del proyecto, que en anteriores ocasiones ya habíamos puesto en marcha como grupo de trabajo en actividades presenciales, se vio fuertemente mediatizada por el contexto COVID. El desafío sobrevenido nos empujó a diseñar actividades que mostraron que estudiantes y mayores pueden aprender en distintos marcos contextuales y espacios socioculturales. La dicotomía virtualidad-fisicidad fue experimentada de modo muy diferente por las dos generaciones participantes. El indiscutible peso social del colectivo de las personas mayores, que el contexto pandémico había desestabilizado por el aislamiento y separación como grupo de riesgo, tenía un motivo incuestionable: preservarlo de contagios. No obstante, la medida aumentaba el riesgo de amplificar estigmas sociales y prejuicios.

En la intervención, la nueva situación impuso limitaciones, pero también proporcionó objetivos emergentes: que los participantes, en especial las personas mayores, manejaran herramientas virtuales y digitales. El componente tecnológico, que en principio se configuró fundamental en las interacciones, mediatizó los encuentros iniciales, si bien la adaptabilidad de ambos colectivos acabó generando sinergias socioafectivas casi

semejantes a las previsible en presencialidad. A pesar de que todos los componentes señalaron que les hubiera gustado encontrarse sin la pantalla (vivida en su doble función de barrera y facilitadora de encuentros), la experiencia sirvió para trabajar estereotipos y prejuicios intergeneracionales habituales, y además contribuyó a desbloquear otros directamente relacionados con el escenario tecnocientífico. Se concluye que acciones de este tipo desembocan, por tanto, en una mejora de la interacción, la adaptabilidad y la salud individual y social.

APOYOS

Ayuntamiento de Soria, Asociación de mayores del centro *Gaya Nuño*, Servicio de Asuntos Sociales y área de Responsabilidad Social de la Universidad de Valladolid.

Nuria Zaragoza (El Día de Soria), Alfonso Blasco (COPE Soria) y Yolanda Benito (Centro Gaya Nuño)

BIBLIOGRAFÍA

Alianza para una Internet Asequible (A4AI). Disponible en: <http://a4ai.org/wp-content/uploads/2014/09/A4AI-1-pager-ESPA%C3%91OL-final.pdf>. Fecha de consulta: 9/5/2021.

Agudo, S., Pascual, M. A. & Fombona, J. (2012). Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar*, 39, vol. XX. 193-201. <https://doi.org/10.3916/c39-2012-03-10>

Barba, C. F. O. (2010). El podcast como material didáctico: proceso de producción. *Revista Panamericana de Pedagogía*, (16). Disponible en: <https://bit.ly/3fPXt8w> Fecha de consulta: 11/5/2021.

Butler, R. N. (1989). Dispelling ageism: The cross-cutting intervention. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503(1), 138-147.

Cortina, A. (2021). *Ética cosmopolita*. Barcelona: Planeta.

Nancy, J. L. (2020). *Un virus demasiado humano*. Adrogué: La Cebra.

- Fernández, C. (2015). La radio como motor creativo en el aula. Disponible en: [doc_radio_motor_educativo.pdf \(chusefernandez.com\)](#). Fecha de consulta: 11/5/2021.
- García A., L., Ruiz C., M. y García B., M. (2009). *Claves para la educación. Actores, agentes y escenarios en la sociedad actual*. Narcea / UNED.
- Garrido, J. L. G., y Ruiz, M. J. G. (2005). *Temas candentes de la educación en el siglo XXI*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Hatton-Yeo, A., y Ohsako, T. (2000). Intergenerational Programmes: Public Policy and Research Implications--An International Perspective. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED458364.pdf>. Fecha de consulta: 13/5/2021.
- Imbernón, F. (2014). *Calidad de la enseñanza y formación del profesorado. Un cambio necesario*. Barcelona: Octaedro.
- Montero, A., & Mandrillo, C. (2007). La radio como herramienta para la promoción de la lectura. *Enlace*, 4(3).
- Solano F., I. M. ^a y Sánchez V., M. M. (2010). Aprendiendo en cualquier lugar: el podcast educativo. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (36), pp. 125-139. Disponible en: <https://bit.ly/3fssJLH>. Fecha de consulta: 9/5/2021.
- Organización de las Naciones Unidas para la ciencia, la educación y la cultura (Unesco) Disponible en: <https://bit.ly/2R4hjoj>. Fecha de consulta: 1/5/2021
- Thomas, D. y Brown, J.S. (2011) *A New Culture of Learning: Cultivating the Imagination for a World of Constant Change*. Lexington: KY: CreateSpace.
- World Health Organization. (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health*. World Health Organization.
- Zarebski, G. (1999). *Hacia un Buen Envejecer*. Barcelona: Emecé.

MONOGRÁFICO 6: El “malestar” que no tiene nombre: Investigadoras en tiempos de Covid19

ÁGUEDA GÓMEZ SUÁREZ

PROFESORA TITULAR SOCIOLOGÍA, UNIVERSIDADE DE VIGO
agueda@uvigo.es

IRIA VÁZQUEZ SILVA

PROFESORA AYUDANTE DOCTORA, UNIVERSIDADE DE VIGO
ivazquez@uvigo.es

Resumen: En el actual contexto pandémico emerge un escenario de desigualdad entre mujeres y hombres muy preocupante derivado de las desigualdades que se han agravado durante esta pandemia global. Este artículo examina cómo la pandemia de la COVID19 ha impactado en la brecha de género existente en la ciencia y en las consecuencias que esto ha originado en la salud y calidad de vida de las mujeres académicas. A través del análisis de varios estudios realizados en nuestro país y de la literatura científica internacional, se concluye que el confinamiento ha actuado como acelerador de la desigualdad entre académicos y académicas, derivado

principalmente la “brecha de cuidados” y de la división sexista del trabajo que aún pervive en la academia, provocando un deterioro y precarización de las condiciones de trabajo de las investigadoras: más agotamiento, menos horas de sueño, más cansancio, más horas de teletrabajo académico, trabajo reproductivo y de cuidados y con menos tiempo disponible para sí mismas, y en consecuencia, menos producción científica frente a sus compañeros varones, con las futuras consecuencias en la brecha salarial que ello va a significar.

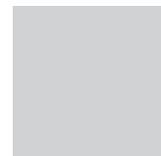
Palabras clave: Brecha de género, COVID19-19, Cuidados, Ciencia, Sexismo, salud mujeres.

The “malaise” that has no name: researchers in times of Covid-19

Abstract: In the current context of the pandemic a scenario emerges of a very disturbing inequality existing between men and women deriving from the disparities that have worsened during this global pandemic. This article examines the way Covid-19 has affected the gender gap that exists in science and in the repercussions it has had on the health and quality of life of female academics. Through the analysis of various studies conducted in our country, along with the international scientific literature, it is concluded that lockdown has accelerated disparities between male and female academics, mainly due to the “care gap” and the sexist division of work that still persists in academia. This has led to the deterioration and precariousness of the working conditions of female researchers: more exhaustion, fewer hours of sleep, greater fatigue, more hours of academic telework, care and reproductive work, and with less time available for themselves, and consequently, less scientific production compared to their male colleagues, with the future repercussions in wage disparities that this will entail.

Key Words: Gender gap, Covid-19, care, science, sexism, women’s health.

M6: El “malestar” que no tiene nombre: Investigadoras en tiempos de Covid19



Águeda
Gómez Suárez

Iria
Vázquez Silva

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426232

Recibido: 06/07/2021

Aceptado: 01/10/2021

INTRODUCCIÓN: INVESTIGADORAS CONFINADAS Y “BRECHA DE CUIDADOS”

En el mundo estamos asistiendo a una situación insólita derivada de la pandemia generada por el coronavirus que nos ha obligado a confinarnos en nuestras casas durante varios meses. En el caso español, se decretó el estado de alarma entre el 15 de marzo y el 20 de junio de 2020, lo que ha marcado un antes y un después en la sociedad española.

Este contexto pandémico ha profundizado el escenario de desigualdad entre mujeres y hombres de manera muy preocupante, derivado de la división sexual del trabajo propia de las sociedades patriarcales y la “brecha de cuidados” que aún pervive. En este sentido, las mujeres están siendo uno de los grupos ciudadanos más afectados, de un modo específico, por la COVID19, al ser mayoría entre el personal sanitario y la “clase cuidadora” en la primera línea de batalla contra este virus con el consiguiente severo aumento de su vulnerabilidad vital.

En efecto, el 70% del personal sanitario y la clase cuidadora en el mundo son mujeres (ONU Mujeres, 2020). Según el Instituto de la Mujer, en España, las mujeres representan el 68% del personal sanitario, y de ellos, el 50% son médicas, el 72% farmacéuticas, el 81% psicólogas y el 84% enfermeras. Es decir, son las

mujeres la primera línea en el frente en esta “batalla” contra el virus. Esto ha ocasionado que más del 76% del personal sanitario contagiado en España sean mujeres. Este hecho ha obligado a muchas trabajadoras a realizar su trabajo en remoto, confinadas con las hijas, hijos y mayores dependientes en casa por el cierre de escuelas y centros de día (Zsuzsa et al, 2020; Baena, 2020; Alfageme y Lucas, 2020). La academia no fue ajena a todo ello.

En algunos de los estudios nacionales realizados sobre el impacto de la COVID19 entre las académicas y académicos (Instituto de la Mujer 2020; Unidad de Mujer y Ciencia 2020; Supera-UCM 2021; Unidad de Igualdad-UVigo, 2020), se concluye que las mujeres en la academia se han sentido agotadas y exhaustas, experimentando cierta erosión en su bienestar, descanso, salud y calidad de vida de, sobre todo, madres investigadoras. Ellas duermen menos, descansan menos, dedican menos tiempo a sí mismas y descuidan su bienestar a favor del cuidado de los otros miembros del hogar. En efecto, en la investigación realizada en la Universidad de Vigo (Unidad de Igualdad-UVigo, 2020) se observa que cinco de cada diez mujeres encuestadas afirmaron no disponer de tiempo para ellas, disminuyendo hasta quince puntos en el caso de los hombres. Cuando se preguntó sobre el reparto de tareas del hogar, se evidenció de nuevo la feminización del trabajo reproductivo. De nuevo, el mandato patriarcal de socialización sexista destinado a las mujeres como “seres para otros” ha determinado la respuesta a esta pandemia.

¿Cómo están viviendo esta situación los y las académicas? Las primeras observaciones parecen apuntar a que la inicial brecha de género en la producción científica se está incrementando en esta cuarentena, derivado de la brecha de cuidados que pervive en las sociedades occidentales, pero también derivado del sexismo y la misógina estructural que existe en el mundo científico en general (De Miguel, 2021; Minello, 2020; Criado, 2020).

A lo largo de este artículo realizaremos un análisis de género del impacto del confinamiento en el incremento de la desigualdad entre mujeres y hombres, examinando los factores que están dilatando la brecha de género en este ámbito. Haremos una contextualización internacional, pero también manejaremos datos a nivel español. Por el momento, los estudios en marcha y publicados son incipientes y parciales, fruto del escaso financiamiento e interés

público y privado para los estudios de impacto de género; no obstante, resulta imprescindible realizar una recopilación exhaustiva de los trabajos realizados para ir construyendo un diagnóstico de dicho impacto de género en la ciencia a partir de la pandemia.

ELLAS CONCILIAN SIEMPRE, ELLOS OCASIONALMENTE. ESTRUCTURAS DE LA "NO CONCILIACIÓN" EN LA CIENCIA.

La arqueología, la antropología y la filosofía feminista nos recuerdan que los seres humanos somos seres "cuidables" más que sociales (De Miguel, 2021), señalando que uno de los primeros rasgos civilizatorios de toda sociedad humana es el sistema de cuidados¹ que abarca la domesticidad, las actividades de mantenimiento, la crianza, la socialización y el cuidado de dependientes. Si bien ha habido sociedades que han subsistido sin agricultura o metalurgia, no hay ninguna sociedad a lo largo de la historia que haya sobrevivido sin un sistema de cuidados mínimo. Esta estructura de cuidados resulta una estrategia imprescindible en una especie como la nuestra donde, por ejemplo, nuestros bebés requieren 21 meses para llegar a término, lo que obliga a una asistencia y cuidados intensivo el primer año de vida de los mismos (Sánchez, 2018).

En la actualidad todo ese tipo de actividades esenciales e ineludibles resulta un trabajo invisible, infravalorado y penalizado económicamente. Habitualmente lo realizan las mujeres en jornadas interminables de trabajo, que se traducen en que las trabajadoras madres en España pierdan hasta el 19,5% de su

¹ Ira Byock, una autoridad en medicina paliativa, cuenta esta historia en su libro *The Best Care Possible: A Physician's Quest to Transform Care Through the End of Life* (2012):

"una vez alguien le preguntó a la antropóloga Margaret Mead cuál consideraba que era la primera evidencia de civilización. Ella respondió: "-Un hueso del muslo humano con una fractura curada encontrada en un sitio arqueológico de 15,000 años de antigüedad". ¿Por qué no herramientas para la caza o artefactos religiosos o formas primitivas de autogobierno comunitario? Mead señala que para que una persona sobreviviera con un fémur roto, es necesario que fuese cuidada lo suficiente como para que ese hueso sanara. Otras personas debieron haberle proporcionado refugio, protección, comida y bebida durante un período prolongado de tiempo para que este tipo de curación sea posible". La gran antropóloga Margaret Mead sugiere que la primera indicación de la civilización humana es el cuidado a lo largo del tiempo de alguien" (Byock, 2012:298).

masa salarial, una tendencia que continúa incluso diez años después del primer parto, de manera que, según el Banco de España (2020) «a lo largo de los años, las ganancias de las mujeres nunca vuelven a los niveles previos a la maternidad». De hecho, señala, diez años después del nacimiento de su primer hijo, la pérdida de ingresos con respecto a la situación previa a la maternidad se estabiliza en el entorno del 33%, a mucha distancia de la disminución que muestran los hombres (-5%). De este modo, el Banco de España cifra en un 28% la brecha que genera la maternidad en los ingresos de las mujeres respecto a los de los varones al cabo de una década de ser madres: más tiempo para cuidados, menos trabajo remunerado, más precariedad (De Quinto, Hospido y Sanz, 2020).

Hace una década, la investigadora del CSIC María Ángeles Durán (2000) cuantificó el trabajo invisible, no remunerado, de los cuidados y dedujo que equivalía a 28 millones de empleos. Entonces ese tipo de trabajo era un 30% más alto que todo el mercado laboral anual. En la actualidad, en España estas cifras suponen el 15% del PIB, según la OIT. Las mujeres, de media, dedican el doble de tiempo que los hombres a las tareas domésticas y de cuidados familiares en los países de la OCDE; en países en vías de desarrollo las mujeres dedican cinco veces más tiempo a los cuidados que los hombres. En España, las mujeres emplean cada día, dos horas y cuarto más que los hombres en las tareas del hogar, según la última Encuesta de Uso del Tiempo del INE (2011). España ya era un país débil en términos de conciliación antes de la pandemia. El Estado de Bienestar español “familista” se caracteriza por seguir un modelo asistencial, con una protección de baja intensidad, en donde la responsabilidad de la provisión de las necesidades de los miembros de una familia le corresponde a la misma, en especial a “determinados” miembros de la familia -las mujeres-, las principales proveedoras de cuidados: gestión del hogar, crianza de la prole, asistencia a personas con discapacidad y/o dependencia (Moreno, 2002; Sapir, 2005).

Entonces ¿quién cuida, ayuda a hacer deberes, alimentar, atender, etc. a la prole familiar? Y no hay que olvidar que la crianza es un trabajo de cuidados especializado y muy intenso que requiere un fuerte gasto de energía y dedicación.

Un estudio reciente señala que la mitad de las parejas pasan de un reparto equitativo y corresponsable de las tareas del hogar hacia una división tradicional y desigual entre géneros después del nacimiento del primer hijo o hija, incluso en parejas donde ambos miembros tienen ingresos similares. Por lo tanto, se deduce que una división equitativa del trabajo doméstico no conduce automáticamente a una división equitativa del cuidado infantil, debido a la influencia de las expectativas prenatales de hombres y mujeres en torno a la maternidad/paternidad (González et al., 2018). Además, aunque se estuviera ante una situación de “crianza equitativa” en el hogar, la maternidad supone un desgaste físico y mental mayor en la mujer: el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia (recuerde que la organización de salud global recomienda un mínimo de 2 años de lactancia por niño) no puede compararse con el provocado por la paternidad.

En este sentido, la Comisión Europea en su publicación sistemática *SheFigures* indica que más de la mitad del estudiantado europeo son mujeres, pero éstas representan solo el 33% de las personas investigadoras y menos de un 15% alcanzan titularidades universitarias. Obviamente, esta brecha de género se incrementa a medida que la carrera avanza (Comisión Europea, 2015, 2018).

En efecto, la fase más dura y competitiva de las mismas coincide biológicamente con el cuidado de las niñas y los niños pequeños. El reloj biológico actúa como un lastre en la carrera científica de las mujeres (Ledin et al., 2007; Zuckerman et al., 1991). Estos roles tradicionales provocan que, en general, las mujeres asuman más cargas familiares que sus compañeros hombres y que, por lo tanto, ajusten más sus carreras debido a este factor. Como consecuencia, publican menos y progresan académicamente más lentamente al tener su tiempo de trabajo más restringido. Todo ello genera que ellas tengan menos posibilidades de patrocinio y menos apoyo de las personas supervisoras, una vez que deciden tener familia, lo que favorece que sean las carreras de las mujeres las que son penalizadas por tener descendencia, y no la de los hombres (aunque ellos tengan hijos/as).

Por otro lado, en el campo académico, esto produce el retraso en la conquista de incentivos salariales (sexenios, cargos, etc.) debido a los obstáculos derivados de la conciliación y de la

“división sexual del trabajo académico”, siendo ellas las encargadas del trabajo académico “doméstico” que requiere mucho esfuerzo, ocupa mucho tiempo, suele ser tedioso y no suele ir acompañado de compensaciones retributivas, de prestigio o de reconocimientos. También se traduce en que en nuestro país el 49% de las investigadoras en España sean mujeres, pero solo el 30% sean líderes de proyectos, según el informe Científicas en cifras del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Esta situación es analizada en estudios tales como «Estudio sobre la brecha salarial de género en la Universidad de Valencia», realizado por la Catedrática de sociología Capitolina Díaz, Marcela Jabbaz y Teresa Samper (2016) y en el «Informe de análisis de las trayectorias profesionales de las mujeres en la Universidad de Vigo» (2016), donde se concluye que las trayectorias de las profesoras de la Universidad de Vigo muestran un perfil marcado por el esfuerzo, la constancia, el afán de superación, el sacrificio, la lucha contra los estereotipos presentes en el entorno y la propia institución, así como la difícil compatibilidad entre las responsabilidades familiares y la propia carrera académica en lo que respecta a la docencia, la investigación y la gestión.

La COVID19 ha puesto de manifiesto, con toda su crudeza, la denominada por los estudios de género “crisis de los cuidados” que lleva décadas asentada en nuestra sociedad. La literatura especializada demuestra cómo la maternidad y los cuidados asociados suponen uno de los frenos importantes en las carreras de las científicas; durante la pandemia este desequilibrio ha salido a la luz de forma muy evidente.

CENCIA Y BRECHA DE GÉNERO: LA HEROICIDAD DE LAS CIENTÍFICAS

Partiendo de este panorama, la pregunta es ¿qué ocurre en el caso de las mujeres académicas confinadas? ¿cómo está afectando a su trabajo y, en concreto, a su producción científica? Los estudios consultados a nivel internacional apuntan que las mujeres investigadoras con hijos e hijas menores de 11 años publicaban un 41% menos de artículos que sus colegas (Kyvik y Teigen, 1996). Durante la COVID19, las mujeres enviaron menos artículos que los hombres, un 2,7% frente al 6,4%, respectivamente (King y Frederickson, 2020).

También los editores de tres revistas norteamericanas especializadas señalan que están recibiendo menos trabajos de mujeres que de hombres durante este encierro global. En algún caso, hasta un 50% menos de ellas respecto al mismo mes del 2019. En otro, firman solo un 17% del total (Kitchener, 2020).

Así mismo, la Asociación Europea de Economía, dedicada a publicar artículos científicos señala que, durante el primer mes de confinamiento, los artículos que recibieron para su publicación por parte de hombres académicos o investigadores, crecieron siete puntos respecto a un año antes. Los que recibieron de mujeres investigadoras bajaron exactamente en la misma cantidad, siete puntos (Minelo, 2020).

El ámbito de la astrofísica igualmente es un campo en que la COVID19 parece estar teniendo un efecto desproporcionado en las mujeres académicas, señala Andy Casey Kitchener (2020), investigador de astrofísica en la Universidad de Monash, quien analizó un número de envíos a los «servidores de preimpresión» de la astrofísica, donde el personal académico publica versiones tempranas de sus artículos. Casey comparó los datos de enero a abril de 2020 con el mismo período de años anteriores, y concluyó que esa pérdida puede ser en torno a la mitad de la productividad del año anterior.

En otros campos del conocimiento está ocurriendo lo mismo. En efecto, Elizabeth Hannon, editora adjunta del *British Journal for the Philosophy of Science*, indicó que los números no se parecen a nada que observara antes. Se bien la revista “Comparative Political Studies”, una revista que publica 14 veces al año, recibió el mismo número de envíos de mujeres este año que el año pasado, el número de envíos de hombres aumentó más del 50%, según el coeditor David Samuels. Otras revistas solo observaron una disminución en el número de artículos escritos en solitario presentados por mujeres: los envíos son estables para las mujeres que trabajan como parte de un equipo. En definitiva, los hombres están enviando hasta un 50 por ciento más de lo que normalmente harían (Kitchener, 2020).

Tres son los estudios principales que vamos a presentar en este apartado, por un lado, el realizado por la Unidad de Mujeres y Ciencia (UMYC, 2020), del Ministerio de Ciencia e Innovación, sobre el impacto del confinamiento en el personal investigador

donde se analizan las respuestas de 1.563 investigadores e investigadoras, pertenecientes a organismos públicos de investigación durante los días 2 al 17 de julio de 2020. Por otro, el estudio realizado desde la Universidad Complutense de Madrid a través del proyecto SUPERA, presenta una encuesta contestada por 1.531 académicos y académicas durante el 18 de junio y estuvo abierta hasta el 8 de julio de 2020 (SUPERA, 2021). Por último, la investigación “Violencia estructural contra las mujeres. Género e investigación científica en la Universidade de Vigo en tiempos de COVID 19” realizado desde la Unidad de Igualdad, en donde se realizaron 275 cuestionarios y dos entrevistas grupales al personal docente e investigador de esta universidad, entre julio y septiembre de 2020 (Unidad de Igualdad, 2020) ².

A continuación, se presenta una tabla sintética donde se resumen y comparan de modo muy genérico, los resultados más relevantes obtenidos en las tres investigaciones:

| | TOTAL ENCUESTAS | BRECHA CUIDADOS | PRODUCCIÓN CIENTÍFICA | ENVÍO PAPERS | CARGA MENTAL |
|--------|--|---|---|--|---|
| UMYC | 1.563 cuestionarios 58 % Mujeres 42 % Hombr-es | Limpieza en el hogar en exclusiva: 50% de las mujeres 20% de los hombres. Tareas de cuidado principalmente: 43,8% de las mujeres 18,3% de los hombres | Productividad científica afectada por responsabilidades domésticas y de cuidados: 33% de mujeres 25% de hombres | Ninguna publicación durante el confinamiento: 33,1% mujeres 27,9% hombres | Complicaciones para desarrollar obligaciones laborales: 63,9% mujeres, 71,3% mujeres con dependientes 57,8% hombres |
| SUPERA | 1.531 cuestionarios 49,5% Mujeres 41,5% Hombr-es | Horas dedicadas a la limpieza: Xx2 (2 hora y media más) mujeres X hombres | Dificultad para trabajar sin interrupciones, 36,1% mujeres 25,6% hombres | Los hombres han estado trabajando y enviado a publicar más que las mujeres | Afectación del estado emocional: 16% mujeres 8,2% hombres. |

² Esta investigación pudo realizarse gracias a la financiación derivada del Pacto de Estado contra la Violencia de Género que la Consellería de Emprego e Igualdade y la Secretaría Xeral de Igualdade de la Xunta de Galicia destinó a las universidades gallegas durante el año 2020.

| | | | | | |
|--------------|--|---|---|--|---|
| <p>UVIGO</p> | <p>275 cuestionarios 54% Mujeres 46% Hombres</p> | <p>La carga de trabajo de cuidados y reproductivos: Incrementó más del 50% mujeres Incrementó 17% hombres. Proyectos investigación solicitados: 11,3% mujeres 18,3% hombres Dificultades para conciliar trabajo remoto y familiar: 17,4% mujeres 7,1% hombres</p> | <p>Disminución actividad investigadora afectada: 33,8% mujeres 16% hombres Mantener la producción científica: 18% mujeres 32,7% hombres</p> | <p>Incremento envío artículos respecto 2019: 6,3% mujeres (1,98% mujeres con hijas/os menores 12 años) 38,1% hombres</p> | <p>Cinco de cada diez mujeres afirman no disponer de tiempo para ellas, disminuyendo hasta quince puntos en el caso de los hombres. El 34,9% de las mujeres duermen menos, descansan menos, y descuidan su bienestar.</p> |
|--------------|--|---|---|--|---|

Fuente: Elaboración propia, previa consulta de las encuestas referenciadas

Para la Unidad de Mujeres y Ciencia, estos datos muestran que la desigual conciliación durante el confinamiento se tradujo en mayores dificultades para las mujeres a la hora de desarrollar su actividad investigadora y una menor producción científica, que a medio y largo plazo puede incidir negativamente en su carrera profesional. Este informe indica que, si bien la desigual disponibilidad de tiempo para dedicarse a la ciencia entre hombres y mujeres ya era manifiesta, en la situación pandémica se hizo más evidente (UMYC, 2020:3).

En el caso de la investigación realizada en el marco de Proyecto SUPERA de la Universidad Complutense de Madrid, se concluye que, en todos los bloques del cuestionario (condiciones de trabajo, producción académica, usos del tiempo, y calidad de vida) se detectan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estas diferencias constatan una desigualdad estructural que perpetúa roles y estereotipos de género tradicionales. El estudio evidencia cómo se reproduce la división sexual del trabajo en el ámbito universitario. Así, el perfil científico masculino mayoritario es aquel que dedica principalmente su trabajo académico a la investigación y la producción científica y con una menor dedicación a trabajos reproductivos y de cuidados, tanto de la vida personal como de la atención al alumnado (docencia y tutorías); por otro lado, el perfil científico más feminizado se caracteriza por la mayor dedicación a los

trabajos reproductivos y de cuidados, tanto de la vida personal como de la atención y cuidados a estudiantes que requiere la docencia, en general. Ambas tendencias aumentaron considerablemente en el confinamiento, con la consiguiente afectación en la carrera científica en las mujeres (SUPERA, 2021).

En la investigación realizada sobre el PDI de la Universidad de Vigo, se concluye que la merma de la actividad investigadora evidencia un escenario de desigualdades y acentúa la brecha de género. Los datos muestran que son las PDI con hijas e hijos menores las que experimentaron un mayor descenso en la producción científica, en un sistema de méritos que penaliza la maternidad y que a medio y largo plazo tendrá un efecto en las evaluaciones de investigación posteriores. Aunque no fue objeto de estudio de esta investigación, se puede estimar que estos resultados es probable que sean más severos, si cabe, en el caso de las investigadoras posdoctorales o contratadas por proyectos. Tanto la encuesta realizada, los grupos de discusión llevados a cabo y la diagnosis realizada y las revistas consultadas nos proporcionan una serie de elementos que considerados de una manera conjunta nos alertan de que la pandemia de la covid-19 está teniendo un claro efecto en la desigualdad de las mujeres frente a los hombres en el campo de la investigación.

Estos tres informes indican que, de nuevo, el mandato patriarcal de socialización sexista destinado a las mujeres como “seres para otros” ha determinado la respuesta a esta pandemia. En un modelo de carrera competitiva donde el número de publicaciones es uno de los mayores activos, el confinamiento favoreció acumular puntos en la carrera por la “productividad” a quien no tuvo que conciliar, a quien dispuso de tiempo de calidad para escribir, lo cual supone un agravio comparativo evidente y una forma de discriminación indirecta hacia las científicas (y más hacia las científicas madres). Los datos demuestran que una de las causas más importantes de la exclusión de la mujer del mundo académico es el conflicto inherente entre la profesión académica y la formación de la familia. En concreto, la literatura científica da cuenta de los parones en la producción científica de las mujeres cuando son madres o están a cargo de dependientes.

CIENCIA Y COVID19-19: ¿DÓNDE ESTÁN LAS CIENTÍFICAS?

Pero no solo actúa como reproductor de desigualdades entre mujeres y hombres la llamada “brecha de cuidados”. Otras discriminaciones, abusos, comportamientos sexistas o comentarios de menosprecio perjudican la carrera de las investigadoras y hacen que muchas abandonen (Sáez, 2021). Es lo que se ha denominado Efecto Matilda (Rossiter, 1993), que cobra aún más auge en el contexto de pandemia actual. Este efecto explica la desigualdad en el ámbito científico por una mezcla de sexismo y misoginia científica. Este término se refiere al hecho de que los logros de las mujeres científicas a menudo se atribuyen a sus colegas masculinos, a través de la invisibilización, menosprecio, usurpación y exclusión de las aportaciones de las científicas. Estas estrategias por parte por las instituciones científicas y de sus colegas varones son totalmente conscientes y sistemáticas. Rossiter ha ido recopilando una variedad de formas de discriminación: el olvido de las mujeres que firmaban artículos científicos junto a sus maridos; el aislamiento al que se veían sometidas muchas investigadoras en grupos de trabajo masculinos; la atribución de “mala fama” intencionada a mujeres para desprestigiar su trabajo; científicas a las que han robado sus descubrimientos; mujeres que han sido apartadas de un puesto de trabajo ante compañeros que ostentaban currículos menos brillantes, etc. (Martínez, 2014).

Dicha reproducción del “sexismo ambiental” en esta pandemia se refleja en la clara invisibilización de la aportación científica de las mujeres en los contenidos de los medios de comunicación para explicar esta pandemia, con un uso de un relato androcéntrico. En efecto, además de esta estrategia de ocultamiento de las aportaciones de científicas, se ha constatado el empleo de un lenguaje no inclusivo y excluyente – por ejemplo, hablando de científicos o de médicos y enfermeras que reproducen imaginarios sexistas fuera de toda realidad estadística-. Son muchas las mujeres que han tenido un papel relevante en la lucha contra el virus; no obstante, son escasamente conocidas y poco visibles en la esfera política y mediática. Fue la doctora china Ai Fen, directora del departamento de urgencias do Hospital Central de Wuhan, quien identificó por primera vez esta pandemia del COVID19. En China, la viróloga Shi Zhengli, la británica Sarah

Gilbert, la estadounidense Kizzmekia Colbert, la china Chen Wei o su colega Li Linjuan están liderando varios equipos en la búsqueda de la ansiada vacuna. La bióloga venezolana Irene Bosch, su colega mexicana María Escalera-Zamudio, o anteriormente la viróloga escocesa June Almeida están trabajando a nivel internacional en este sentido. En nuestro país, la viróloga Margarita del Val, la bióloga Isabel Sola, la bioquímica Sonia Zúñiga o la inmunóloga África González. También se ha detectado la escasa presencia de mujeres en los comités de personas expertas para elaborar y diseñar las políticas públicas. El relato científico mediático también ha invisibilizado la voz y los hallazgos científicos de las investigadoras.

Además de todas estas formas de discriminación directa o indirecta de sesgos de género y, en algunos casos, de comportamiento sexista, también se producen en la selección y evaluación de la calidad académica. La preferencia de muchos hombres al escoger a otros hombres para nombramientos y posiciones interesantes, que repercuten en oportunidades de investigación, de publicaciones o en las menores invitaciones que reciben las mujeres para participar en actividades en otras universidades, congresos, etc. Por supuesto, también existe la autoexclusión de las propias mujeres que, debido al tipo de socialización sexista, las dificultades de conciliación o la percepción errónea de no sentirse capaces, - el llamado “síndrome de la impostora”-, hacen que en algunas ocasiones rechacen cargos de responsabilidad o visibilidad (Wenneras y Wold, 1997).

Otro ejemplo de sexismo en la academia, se observa en el estudio de Corinne et al. (2012) quien analizó que cuando se mostraba un mismo currículum a distintas instituciones académicas de Estados Unidos, estos obtenían mejor valoración si el currículum era de un hombre. En la misma línea, una investigación publicada a principios del año 2019 (Witteman et al., 2019) concluyó que las diferencias de género en la financiación de las subvenciones pueden atribuirse a evaluaciones menos favorables de las mujeres y no a la calidad de la investigación que proponen. Uno de los primeros estudios en mostrar las diferencias en las evaluaciones del personal investigador se publicó en 1997 en la revista *Nature* (Wenneras y Wold, 1997) en la que se mostraba que las mujeres debían presentar hasta 2,4 veces más méritos que los hombres

para obtener un contrato del Consejo de Investigación Médica de Suecia.

Recientemente, otra investigación publicada por la Oficina Nacional de Investigaciones Económicas de los EUA asegura que los tribunales que evalúan las propuestas científicas, puntúan un 16% menos los trabajos científicos de las mujeres que de los hombres, pese a que las evaluaciones sean ciegas al “sexo”, fenómeno debido en gran medida, a los diferentes “estilos de comunicación” derivados de la socialización sexista (ellos más genéricos, ellas más específicos). En el estudio se analizaron cerca de 6.800 propuestas que fueron presentadas al programa de Desafíos Globales de la Fundación Bill y Melinda Gates entre 2008 y 2017. Paradójicamente, las mujeres que superaron la evaluación generaron resultados innovadores indistinguibles de los hombres o incluso mejores, pues la asignación de fondos a las mujeres generó un mayor rendimiento que los concedidos a los hombres (Kolev et al., 2019).

Es importante añadir que, al mismo tiempo, las mujeres que transgreden los roles tradicionales de género son fuertemente penalizadas; así ocurre en el caso del ámbito tecnológico, un ámbito tradicionalmente muy masculinizado, donde las grandes empresas del sector tecnológico destacan por sus prácticas “poco amigables” con las mujeres o directamente misóginas.

Es por ello que se puede concluir que no solo los sesgos de género, los comportamientos sexistas, la discriminación por razón de sexo y la invisibilización de las investigadoras, sino también injusta “brecha de cuidados” ha causado la exclusión y ralentización de las carreras científicas de las investigadoras, también han perjudicado su salud, bienestar y calidad de vida, derivado de este ambiente hostil y misógino, además de la sobrecarga (también mental) de ocupaciones y responsabilidades. Es posible, necesario y urgente construir un espacio científico inclusivo e igualitario.

A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

A lo largo de este artículo hemos realizado un recorrido que diagnostica cómo la desigualdad de género se ha incrementado todavía más con el impacto de la pandemia de COVID19 y como

consecuencia, ha deteriorado la salud, el bienestar y calidad de vida de las mujeres en la academia, además de haber afectado directamente en el descenso de su producción científica y, por ende, de su economía. Esta pandemia ha sacado esta crisis de cuidados a la superficie, y como sociedad nos ha puesto frente a un espejo que nos obliga (cuanto antes) a replantear la economía poniendo la vida en el centro, lo que supone repensar la división entre la economía monetarizada y la no monetarizada, rechazando también el individualismo económico (Pérez, 2014).

En realidad, hemos desentrañado distintas realidades que muestra el nivel de la brecha de género en la ciencia y que se plasma a diferentes niveles: 1. Las mujeres científicas que han visto su producción mermada por distintas causas: entre ellas, la más relevante tiene que ver con ser las responsables principales del cuidado del hogar y de las personas dependientes. 2. Las mujeres científicas sufren discriminaciones, ignorancia, invisibilizaciones y acosos sexistas en la academia, que se torna en un espacio hostil para ellas.

Partiendo de esta realidad, se observa que durante el confinamiento se están reforzando los mecanismos de reproducción de la desigualdad existentes con anterioridad pero que ahora resultan más intensos, incrementando exponencialmente este desequilibrio de partida. Así, los procesos de exclusión de las mujeres en la investigación se incrementan, pues con los recursos actuales parece que la ciencia y las familias no parecen compatibles (Mason et al., 2013).

Uno de los efectos colaterales de la pandemia es el previsible debilitamiento de la agenda de la igualdad de género, en términos globales, lo que impactará en el logro del Objetivo 5 de la Agenda 2030, y hará más difícil estrechar las brechas y revertir el retroceso que se está produciendo. La “carga global de cuidados” ninguneada y no reconocida como tal es una de las mayores responsables de la feminización de la pobreza en el mundo, cuya solución requiere de la implantación de un “Sistema Social Global de Cuidados” que coloque “la vida en el centro” y que actúe como eje económico global fundamental en nuestras sociedades contemporáneas.

Esta pandemia global es una oportunidad para incorporar, por vez primera, el enfoque de género en los momentos iniciales de

la respuesta sanitaria, así como en las medidas sociales y económicas destinadas a afrontar sus consecuencias. Esto último redundaría en una superación de la crisis con mayor equidad y en mejores respuestas y políticas que pudieran aplicarse en futuras pandemias globales.

Es preciso un cambio de paradigma civilizatorio que resuelva la tensión estructural capital-vida (Pérez, 2014) que se ha agudizado a raíz de esta terrible pandemia que estamos sufriendo, hecho que cobra un protagonismo especial, debido a la fragilidad de la vida que todas y todos estamos experimentando, y la importancia central que los cuidados vitales y sanitarios, están teniendo en muchas de las trágicas situaciones derivadas de esta epidemia zoonótica que sitúan la “sostenibilidad de la vida” en el centro. Es necesario un nuevo “contrato social” donde la vida se coloque en el centro, que no sacrifique de nuevo a las mujeres (su reconocimiento social y científico, su salud y su economía), se supere la reaccionaria “mística de la feminidad del cuidado” y que alumbré un nuevo mundo más igualitario, humano y justo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfageme, Ana y Lucas, Beatriz (2020). “Y la conciliación voló por los aires”, en *El País*, <https://elpais.com/sociedad/2020-05-09/salvar-a-las-madres-y-padres-multiuso.html> [10/05/2020].
- Álvarez, María, Vázquez, Iria, Armada, Carmen y Álvarez, Xabier (2015). *Informe análise das traxectorias profesionais das mulleres na Universidade de Vigo*. https://www.uvigo.gal/opencms/export/sites/uvigo/sites/default/uvigo/DOCUMENTOS/igualdade/ANL_INFORME_TRAXECTORIAS_PROFESIONAIS_completo_ITCBaskerville.pdf [15/06/2020].
- ANECA, (2020). *Un primer análisis sobre los resultados del Sexenio de transferencia y su sesgo de género*. <http://www.aneca.es/Sala-de-prensa/Noticias/2020/Un-primer-analisis-sobre-los-resultados-del-Sexenio-de-transferencia-y-su-sesgo-de-genero> [14/07/2020].
- Beauvoir, Simone (2004). *El segundo sexo*. Valenda: Cátedra.
- Byock, Ira (2012). *The Best Care Possible: A Physician’s Quest to Transform Care Through the End of Life*, New York: Avery.

- Cech, Erin A. y Blair-Loy, M. (2019). "The changing career trajectories of new parents in STEM, Proceedings of the National Academy of Sciences of de United States of America". PNAS, 11610, 4182-4187. <https://doi.org/10.1073/pnas.1810862116>
- Comisión Europea (2018). She Figures. Bruselas. Comisión Europea. [https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9540ffa1-4478-11e9-a8ed-01aa75ed71a1 \[20/06/2020\].](https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9540ffa1-4478-11e9-a8ed-01aa75ed71a1 [20/06/2020].)
- Criado Perez, Caroline (2020). *La mujer invisible. Descubre cómo los datos configuran un mundo hecho por y para los hombres*. Barcelona: Seix Barral.
- De Miguel, Ana (2021). *Ética para Celia*. Barcelona: Ediciones B.
- De Quinto, Alicia, Hospido, Laura y Sanz, Carlos (2020). "The child penalty in Spain", en *Documentos Ocasionales. N.º 2017*. Madrid: Banco de España. [https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadadas/DocumentosOcasionales/20/Files/do2017e.pdf \[18/07/2020\].](https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadadas/DocumentosOcasionales/20/Files/do2017e.pdf [18/07/2020].)
- Díaz, Capitolina, Jabbaz Marcela, Samper Teresa (2016). "Estudio sobre brecha salarial de género en la Universitat de Valencia. La transformación de la igualdad formal en desigualdad salarial en la práctica", en el *XII Congreso Español de Sociología*. Gijón, 30 de junio y 1 y 2 de julio de 2016.
- Durán, María Ángeles (2000). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- El País, Marta Villena, (2020). *Interrupción infantil en La Sexta: "Quiero que atienda a su bebé, lo demás. es secundario"*. 22/07/2020. https://verne.elpais.com/verne/2020/07/22/articulo/1595420262_173314.html
- Else, Holly (2019). "Nearly half of US female scientists leave full-time science after first child". [2019] Nature News, 36. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-00611-1>
- Europa Press, (2020). "ONU Mujeres avisa del «desproporcionado» papel de las mujeres en la pandemia de coronavirus", [https://www.europapress.es/internacional/noticia-onu-mujeres-avisa-desproporcionado-papel-mujeres-pandemia-coronavirus-20200318105654.html \[19/03/2020\].](https://www.europapress.es/internacional/noticia-onu-mujeres-avisa-desproporcionado-papel-mujeres-pandemia-coronavirus-20200318105654.html [19/03/2020].)

- FECYT (2019). Ranking de revistas científicas españolas con sello de calidad (Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología FECYT, 2019).
- GenderInnovation (2020). *Gender Innovation in Science, Health and Medicine, Engineerin and Enviroment*. University of Stanford. European Comission. <http://genderedinnovations.stanford.edu/what-is-gendered-innovations.html> [19/07/2020].
- Gilligan, Carol (2013). *La ética del cuidado*, Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- González, María José, Lapuerta, Irene, Martín-García, Teresa y Seiz, Marta (2018). "Satisfaction With Work-Life Balance: Couples with Egalitarian Practices in their Transition to First-Time Parenthood in Spain". *L'Année sociologique* 2018 (2): 341-366.
- Huang, J., Gates, Alexander J., Sinatra, R. y Barabási, Albert-Lászlo (2020). "Historical comparison of gender inequality in scientific careers across countries and disciplines, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America", PNAS 1179, 4609-4616. doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1914221117>
- Hunter, Laura y Leahey, Erin (2010). "Parenting and research productivity: New evidence and methods". *Social Studies of Science*, 403, 433-451. doi: <https://doi.org/10.1177/0306312709358472>
- Instituto de la Mujer (2020). *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID19-19*, Madrid: Instituto la Mujer. [http://www.inmujer.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID19_19_\(uv\).pdf](http://www.inmujer.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID19_19_(uv).pdf) [09/05/2020].
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011). *Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010*. Madrid: INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608#!tab=1254736194826 [03/05/2020].
- INE (2014). Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora. Madrid. INE. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925408327&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout [04/05/2020].

- INE (2018). Encuesta de fecundidad. Madrid: INE. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/ef_2018_a.pdf- [04/05/2020].
- INE (2018). Encuesta continuada de hogares, Madrid: INE. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=11203> [23/05/2020].
- Kitchener, Caroline (2020). “Las mujeres académicas parecen presentar menos trabajos durante el coronavirus”, en *The Lily*. <https://www.thelily.com/women-academics-seem-to-be-submitting-fewer-papers-during-coronavirus-never-seen-an-anything-like-it-says-one-editor/> [05/05/2020].
- Kogan, Marisa (2020). “La emergencia del coronavirus hace aún más invisibles a las mujeres científicas”, en *El Diario* (18/05/2020) <https://www.publico.es/sociedad/mujeres-cientificas-coronavirus-emergencia-coronavirus-invisibles-mujeres-cientificas.html>
- Kolev, J., Fuentes-Medel, Y. y Murray, (2019). “Is Blinded Review Enough? How Gendered Outcomes Arise Even Under Anonymous Evaluation”. *NBER Working Paper NBER Program(s): Productivity, Innovation, and Entrepreneurship*. F. Natl Bureau Econ. Res. No. 25759. Documento de trabajo No. 25759 <https://www.nber.org/papers/w25759> April, 2019 [19/05/2020].
- Kyvik, Svein y Teigen, Mari (1996). “Child care, research collaboration, and gender differences in scientific productivity”, *Science, Technology, & Human Values*, 211, 54-71. <https://doi.org/10.1177/016224399602100103>
- La Vanguardia, Anna Buj (2020). *Las científicas italianas no deciden en la gestión de la crisis sanitaria*. <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200507/481007866703/italia-coronavirus-gestion-crisis-sanitaria-mujeres.html> [07/05/2020].
- Ledin, A., Bornmann, L., Gannon, Frank y Wallon, Gerlind (2007). “A persistent problem: Traditional gender roles hold back female scientists”. *EMBO reports*, 8(11), 982-987. Disponible en: <https://www.embopress.org/doi/full/10.1038/sj.embor.7401109> [01/06/2020].
- López, Ana Jesús, Pereira, María Dolores, Dema, Sandra y Díaz, Capitolina (2020). *Encuesta AMIT sobre el Sexenio de Transferencia. Resultados preliminares*, Madrid: AMIT. Disponible en:

- <https://web.ua.es/es/csif/documentos/resultados-sexenio-transferencia.pdf> [18/07/2020].
- Martínez Mazaga, Uxune (2014). "Mujer, ciencia y discriminación: del efecto Mateo a Matilda", en *Mujeres ConCiencia*. <https://mujeresconciencia.com/2014/11/17/mujer-ciencia-y-discriminacion-del-efecto-mateo-matilda/> [14/06/2020].
- Mason, M. A., Wolfinger, Nicholas H. y Goulden, Marc (2013). *Do babies matter?: Gender and family in the ivory tower*, Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Minello, Alexandra (2020). "The pandemic and the female academic. I'm curious what lockdown will reveal about the 'maternal wall' that can block faculty", en *Nature*, advancement. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01135-9> [06/07/2020].
- Molly, M. King y Megan E. Frederickson (2020). "The Pandemic Penalty: The gendered effects of COVID19-19 on scientific productivity", SocArXiv, 12/09/2020. <https://doi.org/10.31235/osf.io/8hp7m>
- Molly, M. King y Megan E. Frederickson (2020). "The Pandemic Penalty: The gendered effects of Covid-19 on scientific productivity". SocArXiv, 12/09/2020. <https://doi.org/10.31235/osf.io/8hp7m>. Baena, Macarena (2020), *La feminización de la crisis exige respuestas con perspectiva de género*. En *Efeminista*, <https://www.efeminista.com/feminizacion-crisis-respuestas-perspectiva-genero/> [10/05/2020].
- Moreno, Luis (2002). "Bienestar mediterráneo y 'supermujeres'", *RES. Revista Española de Sociología*, 2: 41-56.
- Moss-Racusin, Corinne, A., Dovidio, John F., Brescoll, Victoria L., Graham, Mark J. y Handelsman, Jo (2012). "Los sutiles sesgos de género de la facultad de ciencias favorecen a los estudiantes varones", en *PNAS* 9 de octubre de 2012 109 (41) 16474-16479, Princeton: Princeton University.
- OXFAM (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. UK:OXFAM. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620928/bp-time-to-care-inequality-200120-summ-es.pdf> [05/05/2020].
- Pérez, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños.

- Pons, Élia (2020). “Conciliar en tiempos de coronavirus: cuando los cuidados se sitúan en el centro”, en *Catalunya Plural*. <https://catalunyaplural.cat/es/conciliar-en-tiempos-de-coronavirus-cuando-los-cuidados-se-situan-en-el-centro/> [06/07/2020].
- Requena, Ana (2020). “Más hombres haciendo la compra pero más carga de cuidados sobre las mujeres: la pandemia refuerza la brecha de género”, *El diario.es*. https://www.eldiario.es/economia/hombres-haciendo-cuidados-mujeres-pandemia_0_1020148885.html [05/05/2020].
- Rositter, Margaret W. (1993). “The Matthew Matilda Effect” en *Science, Social Studies of Science*, vol. 23, no. 325-341.
- Sáez, Cristina (2021). *El #MeToo empieza a calar en el mundo científico (pero lentamente)*, SINC 26/06/2021. <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/El-MeToo-empieza-a-calar-en-el-mundo-cientifico-pero-lentamente> [30/06/2020].
- Sáez, Cristina (2020). *Estoy fallando como investigadora y como madre: la COVID1919 amplía la brecha de género en ciencia*, SINC 8/06/2020. <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Estoy-fallando-como-investigadora-y-madre-la-COVID19-19-amplia-la-brecha-de-genero-en-ciencia> [20/06/2020].
- Sánchez, Margarita (edit) (2018). *La evolución humana con perspectiva de género: un combate por la objetividad*. Philadelphia: Oxbow Books.
- Sapir, André (2005). *Globalisation and the Reform of European Social Models*. Bruselas: Bruegel Policy Brief.
- Solanas, María (2020). “La crisis del COVID19-19 y sus impactos en la igualdad de género” en *Real Instituto Elcano*, Madrid. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari33-2020-solanas-tesis-del-COVID19-19-y-sus-impactos-en-igualdad-de-genero [07/05/2020].
- Supporting the Promotion of Equality in Research and Academia SUPERA (2021). *Desigualdades al descubierto en la universidad por la crisis de la COVID19-19. Impacto de género en las condiciones de trabajo, uso del tiempo y desempeño académico en la UCM*. UCM. Madrid. file:///C:/Users/aguada.gomez.suarez/Downloads/desigualdades-al-descubierto_COVID19_ucm.pdf [26/04/2021].

- Tristán, Rosa (2020). "¿Dónde están las científicas en la crisis del COVID19-19?", en *The Huffington Post*, https://www.huffingtonpost.es/entry/donde-estan-las-cientificas-en-la-crisis-del-COVID19-19_es_5eab3192c5b655affba58140 [04/05/2020].
- Unidad de Igualdad (2020). *Género e investigación científica en la Universidade de Vigo en tiempos de la COVID19-19*, Vigo: Unidad de Igualdade, Universidade de Vigo. Vigo. <https://www.uvigo.gal/es/campus/igualdad/politicas-igualdad> [6/12/2020].
- Unidad de Mujer y Ciencia UMyC. (2021). *Estudio sobre la situación de las jóvenes investigadoras en España*. Ministerio de Ciencia e Innovación, en https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ciencia/Ficheros/Informe_situacion_jovenes_investigadoras_Espana.pdf consultado 01/04/2021 Consultado 26/06/2020.
- Viglione, Giuliana (2020). "Are women publishing less during the pandemic? Here's what the data say", en *Nature* 20/05/2020. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01294-9> [25/05/2020].
- Wenneras, Christine y Wold, Agnes (1997). "Nepotism and sexism in peer-review". *Women, science and technology: A reader in feminist science studies*, 46-52.
- Zuckerman, H., Cole, Jonathan R. y Bruer, John T. (1991). "The outer circle: Women in the scientific community" In *This volume is based on papers from four symposia held at Stanford University, CA, from 1983 to 1986*. WW Norton & Co.
- Zsuzsa, B., Papadimitriou, A. y Manca, R. (2020). *How will the COVID19-19 crisis affect existing gender divides in Europe?* Comisión Europea. https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC120525/COVID19_gender_effects_f.pdf 2020 [01/05/2020].

ARTÍCULOS LIBRES



El comportamiento preventivo de la juventud ante la COVID-19

RAFAEL ARREDONDO QUIJADA

TRABAJADOR SOCIAL. DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.
DOCENTE EN EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ANA CRISTINA RUIZ MOSQUERA

TRABAJADORA SOCIAL Y PSICÓLOGA. DOCTORA POR LA
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN CÍVICA
PARA LA PREVENCIÓN

SARA OLIVARES ÁLVAREZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN CÍVICA
PARA LA PREVENCIÓN

Resumen: A partir de marzo de 2020 el Gobierno de España, tras declarar el estado de alarma en todo el territorio nacional, mediante el Real Decreto 463/2020, ha definido distintas medidas con el fin de enfrentar la crisis sanitaria y social provocada por la COVID-19, que han demandado de una respuesta social de compromiso por parte de los distintos sectores de la población. El Trabajo Social no sólo desde la intervención sino también

desde el ámbito de la investigación, viene a aportar conocimiento partiendo de la realidad, a fin de abordar entre otras medidas preventivas ante la pandemia. A continuación, se presenta un estudio transversal cuantitativo, desarrollado en colaboración con el Área de Juventud del Ayuntamiento de Málaga y la Asociación Cívica para la Prevención (ACP), con el objetivo de medir los comportamientos y actitudes de 1.066 jóvenes malagueños con respecto a las medidas preventivas propuestas para paliar el contagio de personas y la propagación del virus. Los resultados muestran que existe compromiso en la juventud de la ciudad de Málaga por frenar la propagación del virus, más allá de ser castigado por no usar la mascarilla, existiendo una mayor preocupación por no contagiar a personas cercanas y no contagiarse. Se concluye la necesidad de continuar fomentando la sensibilización por la prevención del contagio personal y social para así disminuir la probabilidad de sufrir contagio de coronavirus, medidas que pueden tener un mayor efecto que las puramente punitivas, donde además no se impute a la juventud como única responsable en el incremento de los contagios.

Palabras clave: COVID-19, juventud, prevención, mascarillas, Trabajo Social.

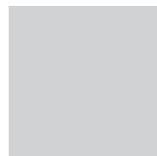
The preventive behaviour of youth in the face of Covid-19

Abstract: As of March 2020, following the declaration of a state of alarm throughout the whole country by activating Royal Decree 463/2020, the Spanish Government set out several measures aimed at addressing the health and social crisis caused by Covid-19, which demanded a social commitment from various sectors of the population. Social work has been providing knowledge not only through intervention but also in the field of research based on reality to look at preventive measures, amongst others, to tackle the pandemic. A quantitative cross-sectional study is now presented that was conducted in collaboration with Malaga City Council's Department of Youth Services and the Civic Association for Prevention (Asociación Cívica para la Prevención, or ACP) for the purpose of measuring the behaviours and attitudes of 1,066 youngsters in Malaga with respect to the preventive measures put forward to alleviate contagion and the spread of the virus to more people. The results show that young people in the city of Malaga are more committed to slowing down the spread of the virus rather than merely to avoid being punished for not wearing a face mask, there being a greater concern about not infecting people close to them or becoming infected themselves. It is concluded that there is a need to continue to raise awareness to the prevention of personal and social

contagion and thus reduce the likelihood of passing Covid on to someone else. Such measures may have a greater impact than merely meting out punishment, where, in addition, young people are not the only ones to be blamed for increasing the rate of infection.

Keywords: Covid-19, youth, prevention, face masks, social work.

El comportamiento preventivo de la juventud ante la COVID-19



Rafael
Arredondo Quijada

Ana Cristina
Ruiz Mosquera

Sara
Olivares Álvarez

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426233

Recibido: 20/01/2021

Aceptado: 16/10/2021

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 ha generado una crisis social y sanitaria (Hermi y García, 2020), motivando nuevos hábitos y costumbres para hacer frente al contagio del virus y a la propagación de este. Desde que se comenzara a pensar en la nueva normalidad, muchas han sido las recomendaciones para adentrarnos en ella y hacerlo de la forma más preventiva y eficaz a la vez, desde lo sanitario a lo social, como indica Nomen (2021), donde el Trabajo Social también se verá inmerso en nuevos escenarios

En abril de 2020, la Organización Mundial de la Salud, estableció aquellos principios a tener en cuenta a la hora de finalizar con las medidas de confinamiento. A destacar entre estos principios, resalta la demanda manifiesta de compromiso de los distintos sectores de la población en el respeto y aplicación de las medidas con el objetivo de continuar protegiendo los derechos a la vida, a la integridad física y a la salud de las personas. Se planteaba que “Los sistemas de salud deben poder detectar, tratar y rastrear cada caso” (Gaceta Médica, 2020), todo ello a fin de minimizar los riesgos identificando los lugares con mayor potencial de contagio como lugares cerrados y lugares públicos donde se producen aglomeraciones de personas. En ese momento “España es el segundo país con más personas contagiadas y el tercero con más fallecimiento. Como medidas preventivas a

esta emergencia sanitaria, se decretó el estado de alarma y se estableció una cuarentena en todo el país” (Parrado-González y León-Jariego, 2020, p. 1).

La evolución de la crisis social y sanitaria, que se ha desarrollado en el marco del estado de alarma, ha obligado a la rápida adaptación y concreción de manera continua de las medidas adoptadas, para asegurar la eficiencia en la gestión de la crisis. Estas medidas han tenido una repercusión psicológica y social en las personas, “... con un importante coste para la salud mental” (Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes, 2020, p. 1), que se han visto abocadas a la imposición del aislamiento social, un elemento esencial como indica Martínez (2020, p. 145) “el COVID-19 ha tenido un efecto negativo enorme en el número de personas que han perdido su empleo y, sobre todo, el distanciamiento social ha tenido un gran efecto negativo”. Una de las características que más daño ha generado por su rápido desarrollo ha sido la elevada y fácil transmisibilidad, a la vez que “... ya se sabe cuáles serían las conductas preventivas; prácticas de higiene de manos, evitar el contacto público, uso de máscaras, detección de casos, localización de contactos, cuarentenas para reducir la transmisión.” (Urzúa et al., 2020, p. 107). Es por ello por lo que surge la necesidad de regular el uso de las mascarillas, para prevenir y controlar la infección, describiendo las situaciones en las que su utilización será obligatoria y/o recomendable, haciendo un seguimiento por parte de las autoridades que mantengan al unísono las indicaciones de las autoridades sanitarias.

En mayo de 2020 se publica la Orden SND/422/2020 por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, la exigencia de su uso, lo que indica la obligatoriedad de este hábito pudiendo ser sancionado por no seguir la normativa que la describe. De hecho, hoy, el uso generalizado de mascarillas demandado a la población en general para reducir la transmisión comunitaria del SARS-CoV2, se ve justificado no solo por su alta transmisibilidad, sino también por la gran capacidad que han demostrado las mascarillas en el bloqueo del envío de gotas infectadas, de suma importancia cuando resulta imposible mantener la distancia de seguridad. De ahí que mucho más reciente se recoge nuevamente el uso obligatorio de la mascarilla a través de la Ley 2/2021, de 29 de marzo.

Desde una perspectiva social, la pandemia generada por la COVID-19 nos ha mostrado que, aunque el factor biológico es crucial (virus, mecanismos biológicos involucrados y tratamiento farmacológico u otros disponibles), los factores psicológicos y las consecuencias sociales nos han situado ante un desastre mundial. Una situación sin precedentes que ha activado los mecanismos de adaptación a un ritmo acelerado, aunque conforme avanzaba el confinamiento se podían incrementar los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Ozamis-Etxebarria et al., 2020). Que a su vez puede llevar aparejado un incremento en el número de suicidios, como han explicitado diferentes autores (Gunnell et al., 2020; Reger et al., 2020).

Las normas y actuaciones llevadas a cabo durante estos últimos meses hacen presagiar que el gran problema de esta enfermedad viene estrechamente vinculado al comportamiento de todas y cada una de las personas que componen nuestra sociedad. Son tiempos en los que se identifica la necesidad de generar cambios en nuestro estilo de vida habitual, partiendo de la distancia personal y el uso de mascarillas para evitar la propagación acelerada del virus (Balluerka et al., 2020). Estos comportamientos que están estrechamente entrelazados a nuestras cogniciones, emociones y factores sociales y culturales deben ser tenidos en cuenta y motivo de investigación para predecir comportamientos y situaciones futuras. Ya que:

La pandemia ha cambiado muchas cosas de nuestra vida cotidiana: ha afectado a nuestra manera de vivir el ocio, hacer deporte, trabajar o relacionarnos. Ha cambiado nuestras percepciones y comportamientos sobre los demás sobre otros grupos y el mundo en general. (Pinazo-Hernandis, 2020, p. 249).

Pese a la premura de las medidas a adoptar y a la falta de estudios longitudinales, en las campañas de prevención y en la promoción de salud, ya partimos de una información sobre los procesos psicológicos involucrados en la COVID-19 y con evidencia disponible que explica todos estos fenómenos (Vera-Villarroel, 2020).

A simple vista, del análisis de la situación se denotan los efectos sobre la salud pública, a nivel mundial (Palacios et al, 2020). La gravedad a la que nos estamos enfrentando no sólo está protagonizada por el virus en sí mismo, sino por la

rapidez de su contagio y la llegada a los grupos de riesgo en poco tiempo, lo que conlleva una difícil respuesta de los servicios de urgencia ante una alta demanda en poco tiempo. También cabe mencionar el efecto sobre la población en general de la cuarentena prolongada y lo que implica el tratamiento de las personas infectadas. Estudios de Rana, Mukhtar y Mukhtar (2020) muestran la elevada preocupación sobre los efectos en los trabajadores de la salud y que podría desencadenar problemas psicológicos de ansiedad, miedo, ataques de pánico, síntomas de estrés postraumático, angustia psicológica, tendencias depresivas, trastornos del sueño, y preocupación por la exposición al contagio a sus amigos y familiares, así como aislamiento social interpersonal del apoyo social familiar, estigma y evitación de contacto.

Ante esta situación de crisis sanitaria y social surge la siguiente cuestión ¿qué alcance tiene el comportamiento de las personas para la prevención de la propagación del virus? ¿qué factores más allá de lo biológico intervienen en este proceso? ¿existe una mayor preocupación por el contagio propio, el de las personas más cercanas o por cumplir las normas establecidas de forma coercitiva? ¿existe diferencia entre sexos en el comportamiento para con la pandemia? Partimos de la hipótesis de que el comportamiento de las personas es un determinante crucial cuando de la propagación del virus hablamos.

Son distintos modelos psicológicos como el de creencias en salud, transteórico, locus de control, autoeficacia, acción razonada, entre otros, los que intentan explicar cómo adquirimos y mantenemos las conductas en relación con la salud (Vera-Villaruel et al., 2015). La evidencia ha demostrado que los mecanismos por los que las personas adquirimos, mantenemos y eliminamos los comportamientos son principalmente por medio del aprendizaje, por lo tanto, los comportamientos que desarrollamos en los procesos de salud y enfermedad se ven motivados por los mismos mecanismos. Se deduce por tanto que el paso de la ausencia de enfermedad a encontrarse enfermo e incluso el éxito o no del tratamiento, va a verse predispuesto por nuestras creencias (cogniciones), emociones (como predisposiciones a la acción) y finalmente nuestro comportamiento de riesgo para la salud.

Bayes y Ribes (1992) argumentaban cómo la psicología estaba relacionada en una enfermedad importante y menos conocida en ese momento como era el VIH-SIDA. Consideraron que independientemente del origen del virus y su potencial tratamiento médico, y/o la generación de una vacuna en el futuro, su adquisición proceso y tratamiento era desde un inicio y final un proceso psicológico, haciendo referencia a la evidencia y a modelos conceptuales y teóricos que tenían su razón de ser en la psicología experimental.

En el caso de la pandemia generada por la COVID-19, la evidencia manifestada por las autoridades sanitarias, demuestra que, independiente de la etapa de exposición al virus en que se encuentre la persona, ya sea en cuarentena, al haber estado expuesta, en aislamiento, al ya estar infectada, bajo una situación preventiva de distanciamiento social, o bien post alta del virus, todas las medidas preventivas a fin de evitar el problema de la enfermedad, pasan por el cambio de los comportamiento de las personas (Urzúa et al. 2020).

En este contexto, desde el Trabajo Social y la Psicología como disciplinas expertas en comportamientos sociales, pueden generar evidencias para que las autoridades sanitarias incorporen en los diagnósticos, diseños, planificaciones e intervenciones públicas y privadas, qué es lo que motiva al comportamiento comprometido para con la sociedad en la prevención de la propagación de la COVID-19.

De hecho, investigadores como Lunn et al. (2020), han propuesto desde la ciencia del comportamiento acciones que pueden ayudar a frenar la propagación del virus en distintos niveles, no sólo con medidas por parte de las autoridades nacionales y locales, sino también en el desarrollo social dentro de organizaciones, lugares de trabajo y hogares. Las acciones que proponen son: el lavado de manos, el contacto con la cara, el aislamiento, el comportamiento en público, los comportamientos indeseables, la comunicación de crisis y las percepciones de riesgo. De sus resultados se extrae, por ejemplo, la necesidad de educación comportamental, ya que la evidencia muestra que la educación y la información sobre la higiene de las manos aún no es suficiente, que el aislamiento social puede causar distrés y problemas de salud mental, que demandan de atención, o que

las percepciones de riesgo pueden estar sesgadas o distorsionadas dependiendo del sector de la población del que se trate.

El impacto sin precedentes de la COVID-19 en los distintos ámbitos de la vida de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general demanda la necesidad de que las ciencias sociales generen conocimiento para afrontar la crisis sanitaria y social a nivel mundial. El presente estudio nace con el objetivo de medir comportamientos y actitudes de la juventud malagueña (España), con respecto a las medidas establecidas por las autoridades sanitarias para la prevención de la propagación de la COVID-19. Sin olvidar que la juventud siendo un sector de la población con gran movilidad y por tanto de transmisión del virus, no por ello debe recaer sobre ella el peso de los incrementos en los contagios, de ahí que la Red de Estudios sobre Juventud y Sociedad, integrada por expertos e investigadores en juventud de once universidades y centros de investigación españoles, hacían público en noviembre de 2020 un comunicado donde se puede leer:

Desde que estalló la crisis de la Covid-19, el espacio mediático y los discursos políticos han puesto bajo el punto de mira a las juventudes y el peligro que éstas suponen para la transmisión comunitaria del virus. Estos mensajes de alarma y preocupación respecto a los comportamientos de las personas jóvenes frente a las restricciones impuestas han reforzado la visión negativa sobre las y los jóvenes que ya predominaba en la sociedad en general. Se construye con ello la figura de la juventud, desde una falsa y peligrosa generalización, como un espacio de lo irresponsable, lo peligrosos o lo incierto. Una construcción que finalmente reafirma el lugar subalterno que las nuevas generaciones ocupan en nuestras sociedades. Sin embargo, ¿nos hemos parado a pensar en el impacto real que esta crisis supone para las y los jóvenes de carne y huesos?

Por lo que se parte de la hipótesis de que la población joven está siendo responsable, en su mayoría, de cara al conjunto de medidas preventivas ante la COVID-19, y sobre todo en el uso de la mascarilla, donde determinados comportamientos de grupos reducidos no deben llevar a la generalización.

METODOLOGÍA

La investigación presentada tiene un marcado enfoque cuantitativo, que de manera descriptiva y exploratoria, viene a mostrar una realidad social dando respuesta a los objetivos propuestos en cuanto a medir comportamientos y actitudes de la población joven malagueña en lo que refiere al uso de medidas preventivas ante la COVID-19, así como sus principales intereses en cuanto actividades de ocio en estos momentos, permitiendo explicar y predecir acciones y actuaciones.

Participantes:

Los participantes han estado formados por jóvenes de entre 15 a 34 años de la ciudad de Málaga. En un total de 1.066 encuestados, de los que el 30,21% (322) eran hombre y un 69,79% (744) mujeres, con una edad media de 19,51 años (SD = 3,84), distribuidos según edad y género tal y como se recoge en la Tabla 1.

Tabla 1

| | | Género | | Total |
|-------|-------|--------|--------|-------|
| | | Mujer | Hombre | |
| Edad | 15-19 | 476 | 188 | 664 |
| | 20-24 | 206 | 86 | 292 |
| | 25-29 | 39 | 32 | 71 |
| | 30-34 | 23 | 16 | 39 |
| Total | | 744 | 322 | 1.066 |

Valores de la muestra según edad y género.

La muestra ha alcanzado el 95% de nivel de confianza y un 3% de margen de error, considerando las 131.033 personas empadronadas en el tramo de edad indicada, según padrón municipal del ayuntamiento de la capital, aunque no se ha podido estratificar en función de la edad y género lo que hubiera permitido una mayor representatividad.

Instrumento:

Se ha diseñado un cuestionario específico, utilizando el recurso Formulario que facilita Google, compuesto de variables socio-

demográficas como: género, edad, nivel de estudio y distrito de la ciudad al que pertenecen. Un segundo apartado referido a las medidas preventivas ante la COVID-19, centrado en la utilización de la mascarilla, así como aspectos relacionados con el ocio y el tiempo libre, donde se incorporan posibles temáticas relacionadas con la formación y el voluntariado, para finalizar con un último apartado relacionado a las redes sociales y su uso.

Procedimiento:

Los participantes fueron elegidos de manera aleatoria por parte de tres equipos de encuestadores, de dos personas cada uno, tanto en recursos educativos: institutos y facultades de la universidad, como en diferentes zonas de encuentro y ocio de los jóvenes malagueños del centro y de los distritos de la capital. Facilitando por medios telemáticos el que pudieran realizar la encuesta a través de un acceso vía QR, aclarando aquellas dudas que se pudieran plantear, manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes y la neutralidad de los encuestadores. Así mismo, aquellos que no disponían de acceso vía internet eran los propios encuestadores los que recogían la información.

La recogida de datos se realizó entre los días 29 de septiembre al 31 de octubre de 2020, en los dos ámbitos indicados: el educativo:

- en los tres institutos con mayor número de alumnado de la capital: IES Jesús Marín , IES Rosaleda e IES Sierra Bermeja. Así como en las facultades de la Universidad de Málaga de Derecho, Estudios Sociales y del Trabajo y Ciencias de la Educación, Psicología y Pedagogía, durante martes y jueves en horario tanto de mañana como de tarde.
- el de ocio: durante los fines de semana, viernes y sábado, en horario nocturno de 20,00 h. a 00,00 h., en las zonas de ocio de la ciudad, tanto en el centro como en los diferentes distritos.

El análisis posterior de los datos ha sido realizado a través del programa estadístico SPSS en su versión 19, ofreciendo resultados de frecuencia, estadísticos como media, mediana y moda, y tablas de contingencias donde se ha combinado cada una de las variables consultadas tanto con la edad como con el género de

los participantes. A la vez que también se ha utilizado la hoja de cálculo Excel perteneciente a Microsoft Office v.2016.

RESULTADOS

En cuanto a las variables sociodemográficas, como se ha indicado la encuesta ha sido respondida por 1.066 personas. Entre los encuestados una mayoría (48,4%) habían finalizado estudios de FP ó Bachillerato, seguido de los que habían terminado la secundaria con un 28,4% (Tabla 2).

Tabla 2

| Titulación | Porcentaje |
|-----------------|------------|
| FP/Bachillerato | 48,4 |
| Postgrado | 3,6 |
| Primaria | 3,7 |
| Secundaria | 28,4 |
| Universitarios | 15,9 |
| Total | 100,0 |

Valores absolutos y porcentaje de las personas encuestadas según nivel de formación finalizado.

En la Tabla 3, se aprecia un mayor porcentaje de hombres que han respondido con estudios finalizados de postgrado y secundaria, siendo el porcentaje de mujeres superior en los demás niveles de estudio.

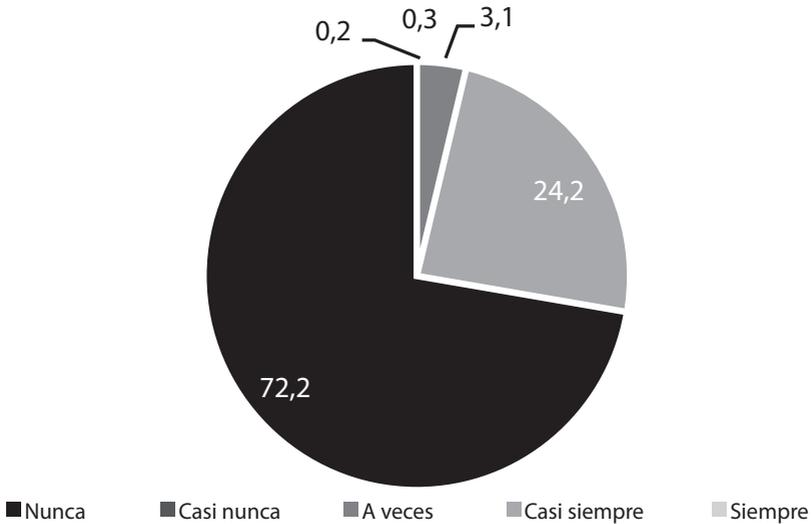
Tabla 3

| | FP/Bachillerato | Postgrado | Primaria | Secundaria | Universitarios |
|----------|-----------------|-----------|----------|------------|----------------|
| % Mujer | 51,90% | 2,00% | 3,80% | 25,30% | 17,10% |
| % Hombre | 40,40% | 7,10% | 3,40% | 35,70% | 13,40% |

Porcentaje según género de los estudios finalizados por parte de las personas participantes.

A la hora de preguntar si las personas encuestadas utilizaban o no mascarillas (Figura 1), el 72,2% ha respondido que siempre y sólo un 0,2 nunca.

Figura 1



Porcentaje de personas que utilizan o no la mascarilla.

Valorando esta respuesta en función del género y la edad (Tabla 4), las mujeres han respondido en cinco puntos más que los hombres “Siempre”, a la vez que también son las que han respondido “Nunca”, siendo los hombres los que superan a las mujeres en la respuesta “A veces” y “Casi siempre”.

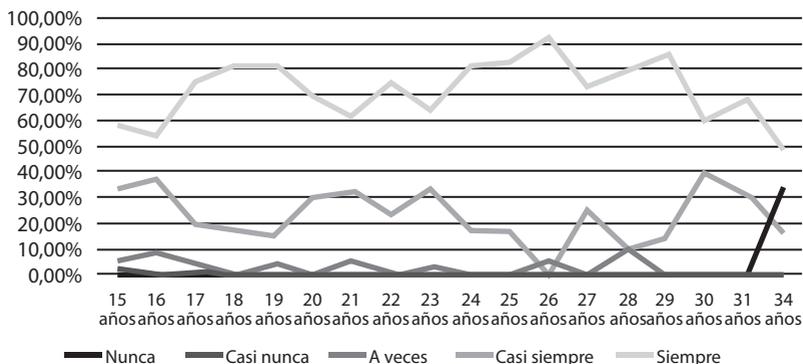
Tabla 4

| | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
|----------|-------|------------|---------|--------------|---------|
| % Mujer | 0,30% | 0,30% | 2,40% | 23,40% | 73,70% |
| % Hombre | 0,00% | 0,30% | 4,70% | 26,10% | 68,90% |

Porcentaje según género de las personas que utilizan o no mascarilla.

Por su parte los resultados teniendo en cuenta la edad de los participantes (Figura 2), reflejan que son las edades de 24-25 y 26 años, las que mayores porcentajes de “Siempre” se contemplan. Sorprende que el menor porcentaje de esta respuesta se da en la edad de 34 años, donde sólo lo ha indicado un 50%.

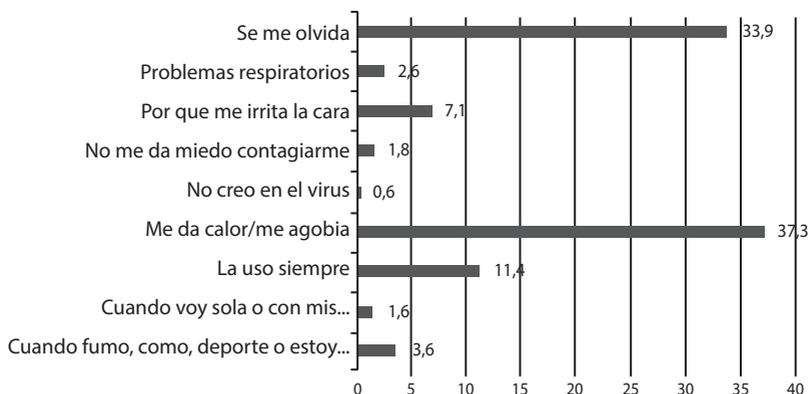
Figura 2



Porcentaje de personas que utilizan o no la mascarilla, según su edad.

Quando se cuestiona el motivo por el que no se usa la mascarilla (Figura 3), las respuestas con mayor porcentaje son: “Me da calor/me agobia” (37,3%) y “Se me olvida” (33,9%). Sólo el 0,6% ha respondido “No creo en el virus” y un 1,8% “No me da miedo contagiarme”.

Figura 3

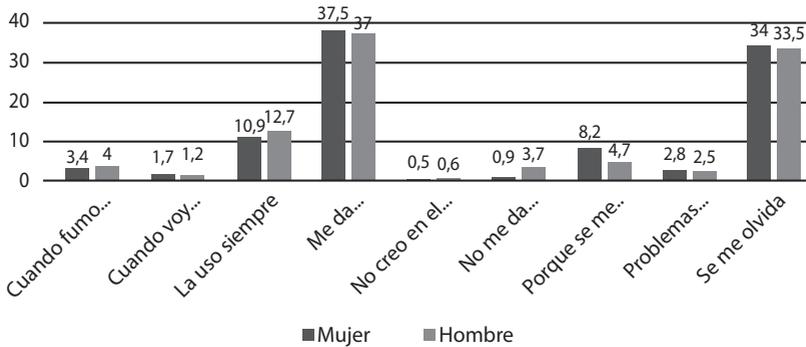


Motivos por los que las personas han indicado que no utilizan la mascarilla.

Esta misma pregunta según el género, recogida en la Figura 4, marca que no existen diferencias significativas entre mujeres

y hombres, estableciéndose la mayor diferencia en la respuesta “Porque se me irrita la cara”, donde las mujeres lo han indicado en un 8,2% y los hombres un 4,7%. Así como en la respuesta “No me da miedo contagiarme”, donde los hombres han respondido en un 3,7% y las mujeres el 0,9%.

Figura 4



Motivos por los que las personas han indicado que no utilizan la mascarilla según el género.

Por último, valorando la misma respuesta desde la consideración de la edad recogida en la Tabla 5, y considerando aquellos valores máximos en cada una de las respuestas. Estos se dan todos a partir de los 25 años, excepto la respuesta “Cuando voy sola por la calle o con mis amistades”, que es la edad de 15 años la que ha marcado el mayor porcentaje, un 7,4%. En cuanto a los demás, es la edad de 28 años la que mayor porcentaje se ha indicado tanto en la respuesta “Porque se me irrita la cara”, como “Problemas respiratorios”. Y el mayor porcentaje de todas las respuestas se encuentra en la edad de 27 años con la respuesta “Se me olvida” que alcanza a un 58,3%.

Tabla 5

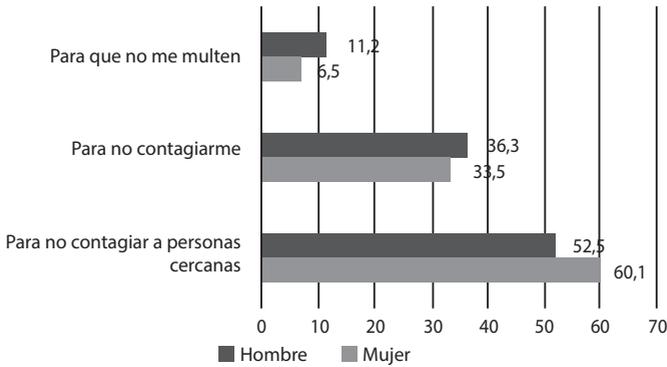
| | Cuando fumo, como, deporte o estoy bebiendo algo | Cuando voy sola por la calle o con mis amistades | La uso siempre | Me da calor/ me agobia | No creo en el virus | No me da miedo contagiarme | Porque se me irrita la cara | Problemas respiratorios | Se me olvida |
|---------|--|--|----------------|------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|
| 15 años | 2,50% | 7,40% | 4,90% | 42,00% | 0,00% | 3,70% | 2,50% | 0,00% | 37,00% |
| 16 años | 0,80% | 1,70% | 7,40% | 52,90% | 1,70% | 0,80% | 5,80% | 3,30% | 25,60% |
| 17 años | 5,00% | 0,60% | 10,10% | 37,10% | 0,60% | 3,10% | 5,00% | 0,60% | 37,70% |
| 18 años | 2,20% | 2,20% | 9,10% | 34,40% | 0,00% | 0,50% | 12,40% | 2,70% | 36,60% |
| 19 años | 5,10% | 0,90% | 13,70% | 33,30% | 0,00% | 0,90% | 6,00% | 2,60% | 37,60% |
| 20 años | 3,50% | 0,00% | 16,50% | 37,60% | 0,00% | 1,20% | 7,10% | 2,40% | 31,80% |
| 21 años | 8,90% | 3,30% | 15,60% | 34,40% | 2,20% | 3,30% | 7,80% | 4,40% | 20,00% |
| 22 años | 1,80% | 0,00% | 10,50% | 36,80% | 0,00% | 0,00% | 5,30% | 3,50% | 42,10% |
| 23 años | 2,40% | 0,00% | 11,90% | 35,70% | 0,00% | 4,80% | 9,50% | 2,40% | 33,30% |
| 24 años | 0,00% | 0,00% | 22,20% | 44,40% | 0,00% | 5,60% | 5,60% | 5,60% | 16,70% |
| 25 años | 0,00% | 0,00% | 22,20% | 33,30% | 5,60% | 0,00% | 5,60% | 5,60% | 27,80% |
| 26 años | 0,00% | 0,00% | 6,30% | 56,30% | 0,00% | 0,00% | 6,30% | 0,00% | 31,30% |
| 27 años | 8,30% | 0,00% | 0,00% | 16,70% | 0,00% | 0,00% | 8,30% | 8,30% | 58,30% |
| 28 años | 0,00% | 0,00% | 10,00% | 10,00% | 0,00% | 0,00% | 30,00% | 20,00% | 30,00% |
| 29 años | 6,70% | 0,00% | 13,30% | 26,70% | 0,00% | 0,00% | 6,70% | 13,30% | 33,30% |
| 30 años | 10,00% | 0,00% | 20,00% | 30,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 40,00% |
| 31 años | 7,70% | 0,00% | 15,40% | 23,10% | 0,00% | 7,70% | 7,70% | 0,00% | 38,50% |
| 32 años | 0,00% | 0,00% | 28,60% | 14,30% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 57,10% |
| 33 años | 0,00% | 0,00% | 66,70% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 33,30% |
| 34 años | 0,00% | 0,00% | 16,70% | 33,30% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 50,00% |

Motivos por los que las personas han indicado que no utilizan la mascarilla según la edad.

Tras la pregunta porque no utilizaban la mascarilla se cuestionó sobre ¿Cuál sería el principal motivo para utilizarla? En este caso un 57,8% indicó para no contagiar a personas cercanas, seguida de un 34,3% para no contagiarse y un 7,9% por miedo a ser multado.

Al igual que en las preguntas anteriores, considerándose el género (Figura 5), la mayor diferencia se encuentra en la pregunta “Para no contagiar a personas cercanas”, donde los hombres la respondieron en un 52,5% y las mujeres en un 60,1%.

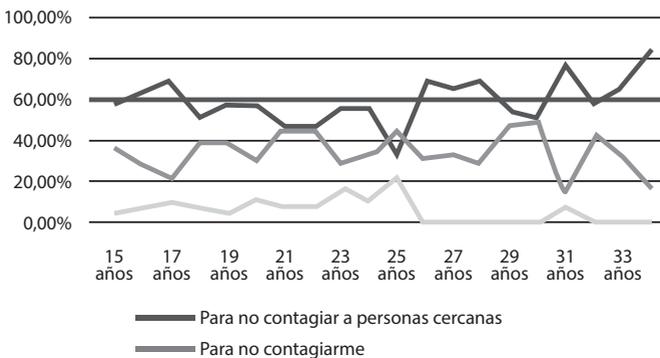
Figura 5



Motivos por los que las personas han indicado que utilizarían la mascarilla según el género.

Así mismo, si se tiene en cuenta la edad de las personas que han respondido (Figura 6), la respuesta “Para no contagiar a personas cercanas” marca una tendencia mayor en cuanto a incremento a partir de los 26 años, con mayores porcentajes en 34 años, 31 y 28. Por su parte la respuesta “Para no contagiarme”, se sitúa en un nivel de respuesta que no supera el 50%, llegando a este porcentaje en los 30 años. A su vez, la respuesta “Para que no me multen”, tiene mayores adeptos entre los 23 a 25 años siendo esta edad la que ha generado un mayor porcentaje alcanzando el 22,2%.

Figura 6



Motivos por los que las personas han indicado que utilizarían la mascarilla según la edad.

A partir de aquí se abordan una serie de preguntas relacionadas con el ocio y el tiempo libre.

Así, cuando se pregunta ¿Dónde sueles salir con tu pareja o con tus amistades? (Tabla 6), las dos respuestas más repetidas con pequeñas diferencias entre ellas han sido: “Nos quedamos por el barrio” (39,7%) y “Nos movemos al centro” (34,1%). Siendo los chicos en un 46,6% por un 36,7% de chicas los que han indicado quedarse por el barrio. Y por el contrario un 36,6% de chicas sobre un 28,6% de chicos son los que han respondido ir al centro.

Tabla 6

| Actividad | Porcentaje |
|--|------------|
| No suelo salir, prefiero quedarme jugando a la play o viendo Netflix | 9,00 |
| Nos movemos al centro | 34,10 |
| Nos quedamos por el barrio | 39,70 |
| Vamos a casa de los colegas y nos quedamos allí | 17,20 |

Actividad que realiza cuando sale con su pareja o amistades.

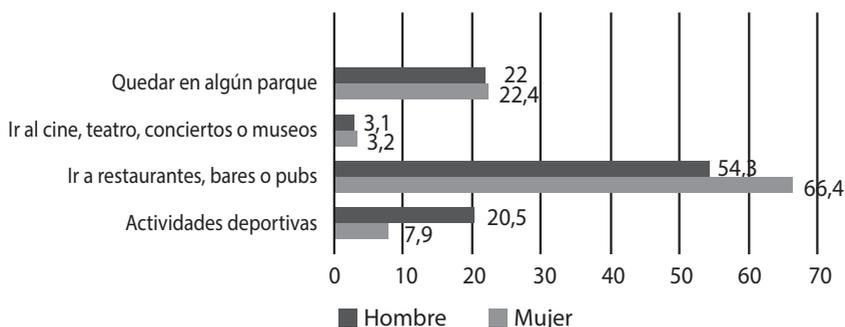
Son las personas de 32 y 33 años las que más han indicado quedarse por el barrio y las de 16 y 17 las de ir al centro. Y es la edad de 24 y la de 34 con un 33,3% en ambos casos, la que mayores porcentajes alcanza en la actividad de “No suelo salir, prefiero quedarme jugando a la play o viendo Netflix”, así como los hombres sobre las mujeres, un 9,9% sobre un 8,6%. Y son las mujeres en un 18,10% sobre los hombres en un 14,9% las que indican preferir “Vamos a casa de los colegas y nos quedamos allí”.

Continuando con las preguntas relacionadas con el ocio, y tras conocer donde suelen ir los jóvenes, se planteó la pregunta ¿Qué actividades haces cuando sales? Obteniendo el mayor porcentaje de respuestas “Ir a restaurantes, bares o pub” con un 62,8% seguido de “Quedar en algún parque” que alcanzó el 22,3%.

Desde la consideración de la respuesta en base al género (Figura 7), son los hombres los que marcan la mayor diferencia en la respuesta “Actividades deportivas” sobre las mujeres, un 20,5% sobre un 7,9%, un total de 12,6 puntos de diferencia. Por

el contrario, son las mujeres las que establecen más diferencia con los hombres en la respuesta “Ir a restaurantes, bares o pub”, un 66,4% sobre un 54,3%, al igual que en el caso anterior llegando a los doce puntos de diferencia (12,1).

Figura 7



Actividades que realizan los jóvenes cuando salen en función del género.

Si en la misma pregunta se toma en consideración la edad de las personas encuestadas (Tabla 7), son las personas de 31 años las que mayor porcentaje han respondido sobre “Actividades deportivas”, las de 30 y 34 años para “Ir a restaurantes, bares o pubs”, la de 33 años para “Ir al cine, teatro, conciertos o museos” y la de 15 años “Quedar en algún parque”.

Tabla 7

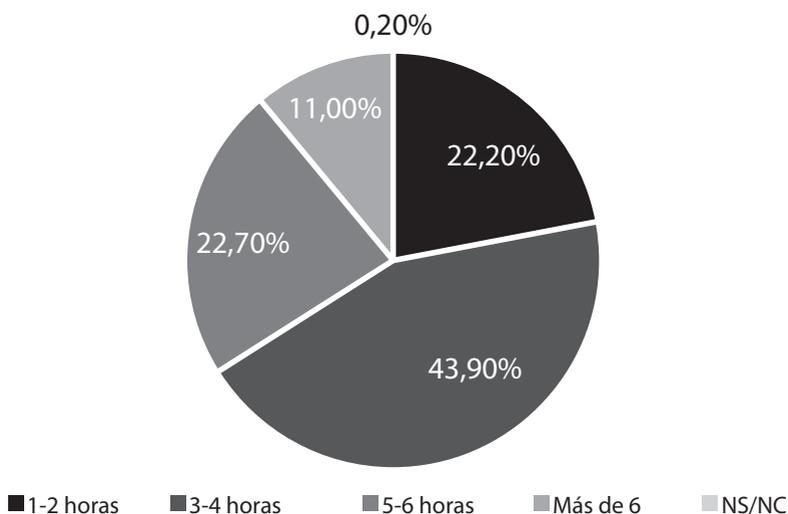
| EDAD | Actividades deportivas | EDAD | Ir a restaurantes, bares o pubs | EDAD | Ir al cine, teatro, conciertos o museos | EDAD | Quedar en algún parque |
|------|------------------------|---------|---------------------------------|------|---|------|------------------------|
| 31 | 38,50% | 30 y 34 | 100,00% | 33 | 33,00% | 15 | 49,4% |

Actividad que realiza cuando sale con su pareja o amistades.

Una mención especial que realizar es la alusión al tiempo que dedican conectado a las redes sociales, donde uno de cada tres jóvenes se sitúa en un uso de más de 5 horas diarias (Figura 7), un valor que viene a representar casi el 25% de las veinticuatro

horas del día, circunstancia que muy posiblemente en determinados casos vendrá a generar otras problemáticas.

Figura 8



Porcentaje del tiempo conectado diariamente a redes sociales.

Son las mujeres las que destacan en los diferentes tramos preguntados, a excepción de entre 1 y 2 horas donde son los hombres los que más han respondido un 32,61% por un 17,74% de las mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La situación actual de pandemia con consecuencias sanitarias novedosas en muchas de las ocasiones ha puesto en jaque el orden mundial, donde las poblaciones en su conjunto de un día para otro vieron como pasaban a estar confinadas y su quehacer diario sufría una mutación impensable, una nueva realidad que va a suponer un coste para la salud mental (Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes, 2020), con todo lo que ello conlleva.

Junto a la aceptación del confinamiento, también se han producido todo un conjunto de nuevos hábitos y comportamientos de cara a la prevención de los contagios (Urzúa, et al., 2020),

entre ellos las medidas higiénicas, la utilización de la mascarilla y el distanciamiento se instalan como prioritarios y básicos.

En tiempos de crisis, es importante acercarse a la realidad social y tener constancia de lo que verdaderamente está sucediendo, obteniendo la información directamente de la población en cuestión. Solo así se podrán diseñar políticas efectivas, que respondan a las necesidades que presenta la sociedad. Un protagonismo donde posiblemente el Trabajo Social ha estado históricamente más ausente, muy centrado en la intervención directa, aunque ésta no es óbice para el desarrollo de investigaciones y estudios.

De este estudio se denota el compromiso comportamental de la juventud malagueña con respecto a las medidas preventivas establecidas por las autoridades en tiempos de la COVID-19. No se trata de tomar medidas preventivas por miedo a la coerción o a ser multados sino por el compromiso que los jóvenes adquieren con las personas de su entorno, se evita el contagio personal y el contagiar a los demás.

Los resultados de esta investigación alejan a los jóvenes de la estigmatización que vienen sufriendo por la visibilidad de prácticas alejadas de la prevención de un porcentaje poco representativo, "... tras el apresurado desconfinamiento, se ha tomado a la juventud como chivo expiatorio de los rebrotes" (Feixa, 2020, p. 23). Tenemos una juventud que muestra comportamientos responsables, respetando las medidas preventivas establecidas por el Gobierno y con una actitud proactiva y predispuesta a la erradicación de los contagios en la ciudad de Málaga. Tienen desarrollada la percepción del riesgo siendo ínfima la minoría que considera que no existe virus o que no tiene miedo a contagiarse.

La juventud se preocupa por la pandemia, sin querer decir esto que no esté suponiendo un gran esfuerzo el adaptar el ocio a la situación de riesgo. La vida social se ha visto reducida, adentrándose en los barrios, teniendo contacto solo con las personas más cercanas, cambiando la forma de sociabilizar que se venía desarrollando hasta que se decretara el estado de alarma en España. Con un gran consumo en lo que a las redes sociales se refiere, donde al uso habitual que ya de por sí se encontraba en niveles altos, se ha sumado todo lo relativo al ámbito educativo a la vez que como instrumento y/o medio de ocio y relación. Esta

circunstancia debiera de poner en alerta tanto a las administraciones como a los profesionales del ámbito psicosocial, ya que se pudiera vislumbrar en un futuro no muy lejano un incremento en lo que a las adicciones se refiere.

Es necesario continuar investigando sobre el comportamiento de los distintos sectores de la población ante la pandemia, para poder crear representaciones sociales de la realidad cercanas a la experiencia que está teniendo la sociedad española, y diseñar políticas que den respuestas efectivas de cara a la sensibilización con los problemas sociosanitario que ha supuesto el virus COVID-19. Una situación totalmente nueva desde todos los sectores que requiere del máximo conocimiento por parte del conjunto de los profesionales de lo social, donde el Trabajo Social no debe ni puede quedar al margen.

BIBLIOGRAFÍA

- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M^a D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46 (Supl. especial), 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46s1/1561-3127-rcsp-46-s1-e2488.pdf>
- España. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado* núm. 67, de 14 de marzo de 2020, pp. 25390-25400. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
- España. Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado* núm. 142, de 20 de mayo de 2020, pp. 33600-33602. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-5142>

- España. Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 76 del 30 de marzo de 2021, pp. 35952-35980. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/30/pdfs/BOE-A-2021-4908.pdf>
- Feixa, C. (2020). Identidad, juventud y crisis: el concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *RES: Revista Española de Sociología* 29(3), 11-26 DOI [10.22325/fes/res.2020.72](https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.72)
- Gaceta Médica, (2020). La OMS fija seis condiciones para levantar el confinamiento. <https://gacetamedica.com/politica/las-oms-fija-seis-condiciones-para-levantar-el-confinamiento/>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., y COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 468–471.
- Hermi, M. y García, M. (2020). El COVID-19 en España y sus primeras consecuencias. *Espacio e Economía*. Anexo IX, número 17. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacioeconomia.10142>
- Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S., y Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1). DOI: <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>
- Martínez, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. DOI: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Nomen, L. (2021). La nueva normalidad y los futuros escenarios en Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1. <https://revistes.ub.edu/index.php/itinerariosts/article/view/its.v0i1.32432>
- Ozamis-Etxebarria, N., Dosil-Santamaría, M., Picaza-Gorochategui, M. y Idoiaga-Mondragón, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saude Pública* vol. 36 no. 4, 1-10. Doi: [10.1590/0102-311X00054020](https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020)
- Palacios, M., Santos, E., Velázquez, M. A. y León, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista*

- Clínica española* 221(1), 55-61. <https://www.revclinesp.es/es-pdf-S0014256520300928>
- Parrado-González, A. y León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española Salud Pública*, 94, 1-16
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 55(5): 249-252
- Rana, W., Mukhtar, S., y Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102080. Advance online publication. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283512/>
- Red de Estudios sobre Juventud y Sociedad 2.0. Manifiesto sobre la Juventud frente a la pandemia. https://www.upf.edu/web/rejs/noticias/-/asset_publisher/wtdhmaakLrXJ/content/id/239165245/maximized#.YGs1XOgzZPY
- Reger, M. A., Stanley, I. H., y Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm?. *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094.
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Urizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicología* vol. 38 no.1, 103-118. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>
- Vera-Villarroel, P., Livacic-Rojas, P., Fernández, AM. y Oblitas, L. (2015). Principales modelos teóricos en psicología de la salud. En P. Vera-Villarroel / L-A. Oblitas (Dir). Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud. PSICOM editores
- Vera-Villarroel, P. (2020). Psicología y COVID-19: Un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología*. Vol. 14 N°1, 10-18

Las emergencias y urgencias sociales desde los Servicios Sociales: el papel del Trabajo Social

SANDRA ROMERO-MARTÍN

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA. FACULTAD DE EDUCACIÓN
sandraromero@unizar.es

ELISA ESTEBAN-CARBONELL

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

MARÍA DEL MAR DEL RINCÓN RUIZ

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

Resumen:

Introducción: El campo de las urgencias y las emergencias sociales es uno de los considerados destacados por la disciplina de Trabajo Social. Este trabajo tiene como objetivo esclarecer el significado y utilización otorgados desde los servicios sociales a los términos urgencia y emergencia, tanto desde el punto de vista legislativo, como desde la visión de los/as trabajadores/

as sociales que intervienen en estas situaciones, recogiendo además propuestas de mejora a nivel formativo.

Material y métodos: Mediante una metodología cualitativa, se ha procedido al análisis de contenido de las leyes de Servicios Sociales de Aragón, Cataluña y Comunidad de Madrid, al tratarse de CCAA donde se han realizado importantes actuaciones en este ámbito en los últimos años. Además, se han realizado un total de siete entrevistas a trabajadores/as sociales de estas CCAA, con una larga trayectoria en este ámbito.

Resultados: Se aprecian diferentes matices en los conceptos de urgencia y emergencia en la legislación de las tres CCAA analizadas, con las consecuentes diferencias en las intervenciones consideradas dentro de cada término. Por su parte, el discurso de los/as profesionales muestra más coincidencias, señalando la importante labor de los/as trabajadores/as sociales en este ámbito.

Discusión: Se constata la indefinición y ambigüedad de los términos urgencia y emergencia social, la necesidad de esclarecer sus definiciones, así como la falta de formación específica en estas materias en los itinerarios académicos oficiales de Trabajo Social.

Palabras clave: urgencia, emergencia, trabajo social, servicios sociales, España.

Urgent and emergency care offered by social services: the role of social work

Abstract:

Introduction: The field of urgent and emergency care is one of those topics under consideration that is highlighted by the discipline of social work. This study aims to clarify the meaning and use given to the terms emergency care and urgent care by the social services, both from a legislative angle and also from the point of view of the social workers that intervene in such situations, while also gathering proposals for improvement related to training.

Material and methods: Using a qualitative methodology, we proceeded to analyse the content of the social service laws in Aragon, Catalonia and the Region of Madrid, as these are autonomous regions where significant action had taken place in this area in recent years. In addition, seven interviews with social workers from these regions that had a long history working in this field had been carried out.

Results: Various nuances have been perceived in the concepts of urgent care and emergency care in the legislation of the three regions analysed, with the resulting differences in the interventions under consideration

within each term. For their part, the discourse of the professionals shows further coincidences, highlighting the importance of the work carried out by social workers in this area.

Discussion: The vagueness and ambiguity of the terms urgent care and emergency care are noted, along with the need to clarify their definitions, as well as the lack of specific training in these subjects in the official academic itineraries of Social Work.

Key words: Urgent care, emergency care, social work, social services, Spain.

Las emergencias y urgencias sociales desde los Servicios Sociales: el papel del Trabajo Social



Sandra
Romero-Martín

Elisa
Esteban-Carbonell

María del Mar
Del Rincón Ruiz

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426234

Recibido: 21/01/2021

Aceptado: 14/10/2021

INTRODUCCIÓN

Referirse a las emergencias y/o urgencias desde la perspectiva del Trabajo Social, la intervención social, y en general, desde las ciencias sociales, no es tarea fácil.

En el contexto español, la riada del camping de Las Nieves que en 1996 asoló la pequeña localidad pirenaica de Biescas (Aragón), supuso un punto de inflexión en el replanteamiento del concepto de situación de emergencia desde el Trabajo Social. Esta catástrofe de gran magnitud generó una gran movilización de recursos humanos, incorporando de manera novedosa la participación de trabajadores/as sociales y psicólogos/as. La labor realizada por los/as profesionales de lo social en la gestión de los devastadores efectos de la riada fue clave. Movilizados por el INSALUD¹, los Servicios Sociales de Base², y los colegios profesionales, su incorporación en los dispositivos “propició un cambio en la manera de afrontar las emergencias” (Arricivita, 2006, p. 36).

Por otra parte, en 2004 el Libro Blanco de Trabajo Social ya identificaba la “atención en situaciones de catástrofes y/o

¹ Entidad pública encargada de la provisión y gestión sanitaria de España hasta su sustitución en 2002 por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria INGESA (Real Decreto 840/2002)

² Unidades de trabajo social que prestan atención directa los municipios de su ámbito respectivo (Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón)

emergencias” como un nuevo ámbito de intervención del trabajo social en España (Libro Blanco, 2004, p. 143). Sin embargo, a pesar de su indudable importancia, no ha conquistado todavía ningún espacio oficial en el currículo académico.

No sucede lo mismo a nivel internacional, donde el papel de los/as trabajadores/as sociales en contextos de emergencias, urgencias o accidentes está ampliamente consolidado y analizado. Tomando como ejemplo Estados Unidos, ya desde su trabajo con soldados en estado de shock durante la primera Guerra Mundial “los trabajadores sociales tienen una larga historia de servicio a otros durante la fase de impacto de la crisis” (NASW, 2008, citado en Cacciatore et al, 2011, p. 32). Para ello, reciben una preparación adecuada para intervenir ante el estrés agudo y crónico generado por estas situaciones críticas (Flannery, 1999). Además, desde mediados del siglo XX, se comenzaron a publicar artículos académicos sobre intervención en crisis, así como a defender la capacidad de los/as trabajadores/as sociales para enfrentar estas situaciones.

Otro ejemplo se encuentra en Israel, con el importante papel de los/as trabajadores/as sociales en los equipos de emergencias derivadas del conflicto israelí-palestino: “el Departamento de Servicios Sociales de la ciudad de Jerusalén ha sido identificado como la agencia más eficaz para tratar los resultados sociales de cada desastre en la ciudad” (Yanay y Benjamin, 2005, p. 188). En el momento de producirse una emergencia, los/as profesionales trabajan para “ayudar a quienes están desorientados, sufren traumas, o buscan a un familiar desaparecido [...] también se acercan a los miembros de los equipos de rescate que están traumatizados después de una experiencia personal impactante” (Yanay y Benjamin, 2005, p. 187).

También cabe señalar el rol fundamental que los/as trabajadores/as sociales desempeñan en situaciones excepcionales como las campañas de frío e incluso las oleadas de canícula, como la que golpeó fuertemente el verano de 2004 en Francia (Tuleu, 2011).

Volviendo a España, en los veinte años transcurridos desde la catástrofe de Biescas, muchos otros acontecimientos han requerido la actuación de profesionales del ámbito social: el atentado terrorista del 11 de marzo 2004 en Madrid, el hundimiento

del Carmel en Barcelona (Fierro, 2006), el accidente aéreo de Spanair (Pérez-Madera, 2008), el terremoto en la localidad de Lorca en 2011, o el accidente aéreo de “Germanwings” (Ferrer, 2015), entre otros. Distintas publicaciones analizan el papel de los/as trabajadores/as sociales en estos desastres, que pueden ser causados por factores naturales o humanos, y para los que es necesaria la transferencia a las víctimas de ayuda humanitaria de emergencia (Reyes, 2015). Se puede afirmar por tanto que el ámbito del Trabajo Social en catástrofes y emergencias se ha consolidado en un corto periodo de tiempo (Arricivita, 2006).

Por otra parte, más allá de estas situaciones extremas, los/as trabajadores/as sociales se encuentran en su labor cotidiana ante el desafío de responder a un gran volumen de demandas de urgente necesidad en un contexto de recursos limitados (Esteban, Romero, y del Rincón, 2017). Esta situación se ha visto agravada desde la crisis socioeconómica iniciada en España en 2008, que generó situaciones de vulnerabilidad principalmente entre las capas sociales trabajadoras y las personas que ya sufrían situaciones de pobreza o exclusión social (Álvarez, Corpas y Corpas, 2016).

Y es que, en contextos sociales que se transforman a gran velocidad, con segmentos cada vez mayores de población “fragilizados”, las intervenciones de urgencia han venido para quedarse, ganando peso e importancia en la praxis profesional: “los trabajadores sociales, conocemos de primera mano las emergencias y urgencias sociales y éstas forman parte de nuestras tareas diarias” (López Esparrel, 2014, p. 11).

Sin embargo, esta modificación del patrón de intervención desde los servicios sociales, (Esteban et al., 2017), ha generado diseños

a corto plazo, que lejos de promover la autonomía y el empoderamiento del usuario, le avocan a una dependencia de los servicios sociales, frente a la que siempre se ha revelado el Trabajo Social y “que” agrava aún más el proceso *burocratizador* que se venía produciendo (Romero y Gutiérrez, 2015, p. 687).

Esta situación ha originado una *asistencialización* creciente de la intervención social, en la que la emergencia puede sacrificar

la calidad y profesionalidad de las intervenciones (Esteban et al., 2017).

Por último, resulta obligatorio hacer referencia a la situación sobrevenida como consecuencia de la pandemia de la Covid-19. Como señala el Consejo General de Trabajo Social “los y las trabajadoras sociales hemos estado interviniendo desde el primer día en los diferentes ámbitos en los que ejerce la profesión, manteniendo, asegurando y ampliando la protección social en los cuatro pilares del Estado de Bienestar Social (Vicente y Arredondo, 2020, p. 25). Esta nueva situación está suponiendo un importante reto para la labor en emergencias por parte de los/as trabajadores/as sociales, que trabajan con “intensidad, conocimiento, compromiso e inteligencia, [en] entornos en los que la pandemia y la emergencia se han cebado y se están cebando. Y frecuentemente [...] con insuficiente protección y reconocimiento (Sales, 2020, p. 12).

Aproximación teórica a los conceptos de urgencia y emergencia

La revisión literaria arroja tres campos de análisis en los que tienen cabida los conceptos de urgencia y emergencia: sanitario, Protección Civil y lucha contra la pobreza y la exclusión social. Este último es el más reciente y propio de la acción social. Cada uno de ellos está bien delimitado y cuenta con normativa propia, aunque mantienen conexiones significativas entre ellos, como es el caso del papel que la legislación de protección civil y los planes otorgan a los servicios de acción social³.

En este sentido, distintos trabajos recogen la conexión entre emergencia sanitaria y social, como el de Camus y Pinazo (2016), que concluyen que a través de las emergencias sanitarias pueden detectarse necesidades y riesgos sociales, ya que “la peculiaridad misma de las situaciones de emergencia y crisis hace que los servicios sanitarios y sociales y, dentro de ambos, los profesionales del trabajo social tengan un papel muy importante en todos los momentos de la intervención” (Camus y Pinazo, 2016, p. 3).

³ Ver página de Protección Civil. Gobierno de Aragón: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Presidencia/AreasTematicas/Interior/Seguridad_proteccion_civil/ci.03_Planificacion_detalleDepartamento

Por otra parte, es importante señalar la confusión conceptual y multiplicidad de definiciones que se manejan con respecto a los términos emergencia y urgencia, tal y como señalan autores como García y Gil, (2004) o López Esparrel (2016). Además, habitualmente estos términos se equiparan a desastre o catástrofe, generando dificultades para establecer un significado preciso. No obstante, esta situación presenta diferencias en cada uno de los tres ámbitos de análisis de este trabajo: Madrid, Cataluña y Aragón.

En el ámbito de Protección Civil, el concepto de emergencia hace referencia a una “situación de riesgo colectivo sobrevenida por un evento que pone en peligro inminente a personas o bienes y exige una gestión rápida por parte de los poderes públicos para atenderlas y mitigar los daños y tratar de evitar que se convierta en una catástrofe” (Ley 17/2015:11) y guarda “relación a una situación definida como multidimensional y que, por lo tanto, precisa un abordaje interdisciplinar” (Duque, Estomba y Aguirre (2011, p. 75). La ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil delimita con cierta precisión el término de emergencia, diferenciándolo de otros como peligro, vulnerabilidad, amenaza y riesgo y estableciendo una tipología en función de la gravedad y tipo de recursos a movilizar. Sin embargo, parece interesante destacar que el concepto de urgencia ni se define ni se contempla en la ley.

En cuanto al ámbito médico-sanitario⁴ existe mayor acuerdo (Brémont, Gérardin y Ginestet, 2002) y se establece con relativa claridad la definición de cada término en función del tiempo de respuesta de intervención, que se establece filtrando por nivel de gravedad e interviniendo a partir de una valoración “experta” del riesgo vital (Tuleu, 2011). En este sentido, la emergencia supondría un riesgo vital que no existiría en el caso de la urgencia.

Sin embargo, en el campo de la acción social y servicios sociales, según señalan Duque et al. “no existe consenso general suficiente en relación a los términos de urgencia y emergencia” (2011, p. 75), optando incluso por utilizar indistintamente ambos

⁴ **Urgencia real / percibida:** Situación que requiere una actuación lo más breve posible para evitar o minimizar las consecuencias de una enfermedad o accidente sobrevenido. **Emergencia,** situación en la que se requiere de una actuación inmediata para evitar daño grave con riesgo de muerte o de deterioro importante. Catástrofe sanitaria, cualquier situación que afecta a multitud o colectivo amplio

términos, bajo el denominador común de la necesidad de inmediata por atención parte de los servicios sociales. Estos mismos autores definen urgencia/emergencia social como la

situación producida por un hecho no previsto, debido generalmente a causas naturales o provocadas (riesgos tecnológicos y antrópicos), que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia, así como las relaciones o redes sociales y familiares (Duque et al. 2011, p. 75).

Desde el punto de vista de la respuesta requerida, existe “una situación de desprotección grave” (Duque et al. 2011, p. 75), por lo que se requiere una obligatoriamente una resolución inmediata al encontrarse en peligro la autonomía, la salud o incluso la vida de la persona (Arricivita, 2013). Además, diferencian las urgencias/emergencias sociales que afectan a personas o familias (individuales), a varias familias (colectivas), o a una parte considerable de la población (grandes emergencias o catástrofes).

Son también interesantes las aportaciones que señalan que las intervenciones de urgencia se rigen por la inmediatez, la proximidad y la incondicionalidad, además de estar focalizadas en la persona (Brémont et al. 2002; Vidal-Naquet, 2005), existiendo un riesgo de desajuste entre los dispositivos de respuesta a problemas colectivos y las demandas, sobre todo cuando éstas son atípicas.

Por su parte, las Ciencias Psicosociales han intentado establecer las diferencias entre emergencia y urgencia social. Es el caso de Pérez (2011), para quien una emergencia social se caracteriza por generar situaciones objetivas de desprotección social, es decir, situaciones donde la persona se encuentra de forma repentina sin medios personales, familiares y sociales de apoyo para dar respuesta a sus necesidades más básicas. Completa su definición citando a Arricivita (2009), considerándolos hechos súbitos e inesperados, de consecuencias negativas e indeseables, que distorsionan la vida cotidiana y de origen “multiproblemático”.

En cualquier caso, siguiendo a Aubert, el concepto de urgencia o emergencia implicaría tres elementos: una situación sobrevenida (contexto de emergencia), un juicio en relación a esa situación (subjetividad) y finalmente una acción que tiende a rectificar la situación (respuesta inmediata) (2010, citado por Wolff, 2017, p. 11).

Se podría afirmar por tanto que el término “urgencia social” se encuentra insuficientemente definido, tiene un sentido polisémico y, tal como se ha señalado previamente, no existe una opinión unánime en cuanto al uso de los términos emergencia y urgencia. Por todo ello, esta investigación tiene como objetivo conocer la utilización de los términos urgencia, emergencia y catástrofe, tanto a nivel legislativo, como desde el punto de vista de los/as trabajadores/as sociales que intervienen en estas situaciones, recogiendo posibles propuestas de mejora a nivel formativo para estos/as profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada es de tipo cualitativa, centrada, de una parte, en el análisis documental de textos legislativos (Rodríguez Jaume y Garrigós, 2017) y, de otra parte, en el análisis del contenido (López Aranguren, 1986).

En primer lugar, fueron seleccionadas las Comunidades Autónomas en las que se iba a realizar la investigación. Se consideró oportuno seleccionar la Comunidad Autónoma de Aragón, y la de Cataluña, por contar ambas con equipos específicos de trabajo social en emergencias: en el caso de Aragón, el Grupo de Intervención Social en Grandes Emergencias y Catástrofes Aragón, y en el caso de Cataluña, el Grupo de Emergencias y Catástrofes (Tarragona y Terres de l'Ebre, Girona, Lleida y Manresa-Cataluña Central). Por otra parte, como se ha señalado anteriormente, la CA de Aragón fue una de las pioneras en la realización de intervenciones en situaciones de emergencia en España, a partir de la citada riada de Biescas del año 1996; mientras que Cataluña se ha enfrentado a grandes actuaciones para dar respuesta a urgencias como los atentados terroristas de 2017.

Además, siguiendo los mismos criterios se seleccionó la Comunidad Autónoma de Madrid, al tratarse también de uno de los territorios donde se han producido actuaciones debidas a grandes urgencias y emergencias, como es el caso de atentados terroristas o accidentes aéreos.

En segundo lugar, se procedió al análisis de las leyes de servicios sociales autonómicas vigentes en cada una de estas tres CC.AA. En este sentido, las leyes de Aragón, Madrid y Cataluña fueron analizadas en la investigación a partir de un análisis

documental comparativo a través de una búsqueda por palabras clave (urgencia, emergencia) en cada una de las tres leyes.

En tercer lugar, a través de la técnica de la bola de nieve (Ispizua y Lavia, 2016) se contactó por correo electrónico entre los meses de septiembre de 2019 y febrero de 2020, a un total de doce trabajadores y trabajadoras sociales expertos en el ámbito de las urgencias y las emergencias sociales de las Comunidades Autónomas de referencia. Se distribuyó entre estos/as profesionales un cuestionario *online* con preguntas abiertas. Estas fueron agrupadas en tres bloques de contenido: definiciones de términos, funciones del Trabajo Social y formación específica. Finalmente, el cuestionario fue cumplimentado por un total de siete trabajadores/as sociales, cuyos perfiles quedan descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Perfiles profesionales entrevistados/as

| Código Entrevistado/a | Ámbito | CC.AA. | Años Experiencia Laboral en Ámbito | Intervenciones más Significativas |
|-----------------------|--|----------|------------------------------------|--|
| E1 | Sanitario y privado | Aragón | 31 | Riada Biescas, terremoto Haití Explosión harinera Huesca Accidentes deportivos Accidentes de tráfico Agresiones |
| E2 | Servicios Sociales Generales | Aragón | 20 | |
| E3 | Educación Social / Docencia (TS). Miembro grupo GISE (Grupo de Intervención Social en Grandes Emergencias y Catástrofes Aragón) | Aragón | 15 | Emergencias Simulacros Urgencias sociales |
| E4 | Responsable CUESB (Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona) | Cataluña | 14 | Atentado Barcelona |
| E5 | Trabajo social sanitario (Hospital del Mar-Barcelona) | Cataluña | 20 | |
| E6 | Jefatura Central SAMUR ⁵ Social | Madrid | 13 | Atentados 11M Accidente Spanair |
| E7 | Responsable CUESB (Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona) | Cataluña | 3 | Desahucios Desalojos Incendios Derrumbes Atentado terrorista |

⁵ El SAMUR Social es un Servicio Social de Atención Municipal a las Emergencias Sociales, integrado en la red de respuesta de los Servicios de Emergencias de la ciudad de Madrid.

La información recogida en los cuestionarios ha sido analizada siguiendo la técnica de análisis de contenido clásico (López Aranguren, 1986), es decir, de forma narrativa limitándose al contenido del texto, sin incorporar inferencias sobre el contexto del mismo.

RESULTADOS

El presente apartado se compone de dos partes. En la primera, se presenta un análisis documental de textos oficiales, en concreto, de las leyes de servicios sociales de las tres Comunidades Autónomas seleccionadas para la investigación, para identificar cómo se especifican las urgencias y las emergencias sociales en la dimensión normativa.

La segunda parte analiza el contenido del discurso de diferentes expertos en el campo de las urgencias y emergencias sociales, que desarrollan su trabajo en las ciudades CC.AA., con el fin de contrastar la información recogida en el análisis legislativo con el discurso de los/as profesionales.

Análisis Leyes autonómicas de Servicios Sociales

Ante la confusión terminológica señalada en la revisión de la literatura, se pretende contribuir a identificar qué realidades, situaciones o circunstancias sociales pueden calificarse de urgencia y/o emergencia a nivel legislativo. Para ello, se ha procedido a un análisis documental de la legislación de servicios sociales de tres Comunidades Autónomas españolas investigadas, Aragón, Cataluña y Madrid.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda pormenorizada del término “urgencia” en las tres normas, con diferente resultado. Cabe destacar que éste apenas se recoge en la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, empleando el término “urgencia” tan solo en una ocasión. Específicamente lo utiliza al hablar de las “aportaciones de los usuarios” en el coste de las prestaciones, señalando que “en ningún caso la calidad del servicio, o la prioridad o urgencia en la atención vendrá condicionada por la participación económica del usuario”.

Diferente situación se encuentra en las otras dos leyes analizadas. La ley aragonesa utiliza el término “urgencia” hasta en

nueve ocasiones. La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón concibe las situaciones de urgencia como situaciones de tipo personal, familiar y social. Además, el término “urgencia social” se encuentra asociado a ciertas prestaciones contempladas en el sistema público de servicios sociales aragoneses, por lo que es frecuente encontrar varias prestaciones con el apelativo “urgencia social”, como es el caso del “servicio de atención de urgencias sociales”. Cabe destacar que en la definición de alguna de ellas se señala que dichas prestaciones están destinadas a paliar “situaciones de necesidad”.

En el caso de la ley catalana, como en la aragonesa, el término “urgencia” va asociado al calificativo “social”. Y, de igual modo, las “urgencias sociales” se emplean para identificar determinadas prestaciones. En este sentido, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales nombra en ocho ocasiones el término “urgencia”, en su mayoría para referirse a prestaciones económicas de urgencia social, pero también a situaciones calificadas como “urgencia extraordinaria”, motivadas por el riesgo para la salud y seguridad de los/as usuarios/as afectados/as.

En segundo lugar, se ha realizado la misma búsqueda para el término “emergencia”, encontrándose que, en este caso, la norma madrileña presenta un mayor número de veces el término “emergencia” frente a las normas aragonesa y catalana.

De este modo, la ley de Madrid identifica hasta seis veces el término “emergencia”, equiparando su definición a lo que la norma aragonesa identifica como “urgencia”. La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid emplea por un lado el concepto de emergencia asociada para situaciones de tipo individual, familiar y, en este caso, colectiva; y, por otro lado, el concepto de emergencia para referirse a la prestación económica de emergencia social.

Por su parte, la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón nombra en cuatro ocasiones el término emergencia, en alguna de ellas acompañado del calificativo “social” y, en otras, ligado al concepto de “necesidad”.

Y, por último, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales recoge el término “emergencia” en dos ocasiones, uniéndolo siempre al calificativo “social”. Es interesante destacar al artículo 7, donde se contemplan las “emergencias

sociales por catástrofes” como situaciones con necesidad de atención especial.

Cuadro 1. Resumen leyes analizadas

| | Urgencia | Emergencia |
|--|--|--|
| Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid | | Emergencia individual, familiar y colectiva (artículo 9). Ayudas económicas de emergencia social (artículo 17). |
| Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales (Cataluña) | Urgencias sociales (artículo 7). Servicio de acogida residencial de urgencia. Prestaciones económicas de urgencia social. No se ofrece ninguna definición ni descripción. | Emergencias sociales por catástrofes (artículo 7). No se ofrece ninguna definición ni descripción. |
| Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón | Urgencia personal, familiar y social (artículo 4). | Emergencia de carácter social (artículo 36). |

Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar, el análisis legislativo también muestra un panorama confuso en lo que respecta a las conceptualizaciones de urgencia y emergencia. Las leyes analizadas no proporcionan una definición de los términos, pudiéndose utilizar de manera indistinta. Las prestaciones económicas pueden ser consideradas como “urgencia social”, o como “emergencia social” dependiendo la norma de referencia de cada territorio español analizado.

No obstante, en medio de este enredo conceptual, la norma catalana hace referencia específica a las situaciones de “emergencias sociales por catástrofes”.

La voz de los expertos

A continuación, se presenta el análisis del discurso de los/as profesionales consultados, expertos/as en los ámbitos de urgencias, emergencias y catástrofes, que han actuado como informantes clave en esta investigación.

En relación al concepto de *urgencia social*, todas las personas informantes afirman que se trata de una situación imprevista,

excepcional o sobrevenida que requiere una actuación inmediata, aunque esta se puede atender con los medios y recursos sociales ordinarios. Aunque en “el imaginario colectivo, la urgencia se asocia con una persona o grupo pequeño afectado” (E1), las personas entrevistadas señalan que una situación de urgencia social puede afectar tanto a individuos como a grupos.

Como se ha señalado anteriormente en el análisis de este concepto en la legislación (sobre todo en el caso de la normativa aragonesa y catalana), el calificativo “social” permite identificar el foco del problema, situándolo, por tanto, en la esfera social. No obstante, puede que “haya necesidad de atención en otras áreas” (E1). Esta misma persona experta incide en el “parámetro tiempo” como rasgo diferenciador de las urgencias, es decir, ante la aparición de una situación calificada como urgencia, urge la necesidad de actuar.

En el caso de las situaciones de *emergencia*, es el “parámetro espacio” el más característico. Es decir, la actuación pasa de un espacio a otro, al precisarse medios de otros sistemas: “la necesidad provocada requiere para la respuesta la movilización y coordinación de los distintos sistemas de atención” (E2).

Son varios, por tanto, los aspectos diferenciadores de ambas situaciones. Entre estos se señalan “la gravedad y el tiempo de respuesta” (E5), el tipo de atención (inmediata o menos inmediata) y el tipo de recursos (ordinarios o extraordinarios) requeridos. Entre los recursos se encuentran asimismo los/as profesionales que deben actuar en tales situaciones, y la formación de estas personas también difiere entre las situaciones de urgencia y de emergencia, siendo necesaria “una formación específica” (E4) para las situaciones de emergencia.

Así, se trata de dos campos diferentes de intervención, como afirman las personas entrevistadas, aunque “en muchas ocasiones la línea que [los] separa es muy fina y es difícil de discernir por los profesionales” (E6). En cualquiera de los dos campos, “son intervenciones en equipos multidisciplinares” (E5), donde los trabajadores y trabajadoras sociales intervienen con “psicólogos, educadores sociales, abogados, monitores de tiempo libre, animadores socioculturales, etc.” (E3), aunque “cada profesional tiene un encargo y una disciplina a desarrollar” (E7).

En el caso de los/as profesionales del trabajo social, son varias las funciones que desempeñan, como señala E6: “valoración y triaje de la situación; primeros auxilios psicológicos, apoyo emocional; información afectados y familiares; mediación entre familiares y servicios intervinientes; activación de recursos; gestión de prestaciones básicas; acompañamiento; y coordinación de voluntariado”. No obstante, éstas pueden variar dependiendo del servicio específico en el que se inserta el/la profesional.

Por otra parte, es importante señalar que existen protocolos o planes específicos de actuación, aunque pueden variar en función del servicio y, por tanto, también variará el papel que los/as trabajadores/as sociales desempeñen, como dan cuenta los discursos de los expertos y expertas participantes. En cualquier caso, se pone en valor la existencia de unidades y equipos específicos de trabajadores y trabajadoras sociales en algunos servicios y contextos geográficos, como sucede en la ciudad de Madrid o de Barcelona. Al mismo tiempo “determinados colegios oficiales de trabajo social disponen de este tipo de equipos [como es el caso de] Aragón, Madrid, Cataluña, Málaga, etc.” (E1), sin estar asociados a servicios concretos.

Cabe señalar además que todos los/as profesionales entrevistados coinciden en señalar que los/as trabajadores/as sociales no reciben una adecuada formación en este ámbito durante sus estudios universitarios: “Partiendo de que nunca estaremos suficientemente preparados, la respuesta es no, en absoluto” (E1), e indican además la importancia de que estos contenidos se apliquen a los Grados en Trabajo Social.

Son por tanto otras las vías por las que los/as profesionales adquieren estos conocimientos específicos: jornadas, cursos, conferencias (E2), “impartidas por colegios profesionales, Cruz Roja, Protección Civil, etc.” (E3). “También con participación en simulacros, tras formación teórico-práctica previa” (E1).

Por último, entre los contenidos de aprendizaje en este ámbito sugeridos por los/as profesionales, se encontrarían, “una experiencia práctica, no teórica” (E3), sobre aspectos como “comunicación y apoyo psicosocial inmediato, legislación, ética, recursos específicos, atención a intervinientes, muerte y duelo, rehabilitación psicosocial, etc.”, además de una ampliación sobre los conocimientos del marco legal de la Protección Civil (E2), entre otros aspectos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo constata la ambigüedad en cuanto a las definiciones conceptuales y contenidos de los términos urgencia y emergencia, de acuerdo con las investigaciones de García y Gil (2004), Duque et al. (2011), o López Esparrel (2016).

Como se ha podido comprobar en el análisis de la legislación de Servicios Sociales en materia de urgencias y emergencias, en muchas ocasiones estos conceptos se utilizan de manera indistinta y sin precisar suficientemente sus ámbitos de actuación. Por ello, debería avanzarse en su delimitación y en una definición operativa de cada uno de ellos. Siendo conscientes que esta tarea no resulta fácil nos atrevemos a proponer como punto de partida algunos aspectos a tener en cuenta a partir de la opinión de los profesionales entrevistados.

En cuanto al término *urgencia social*, lo identifican como una situación imprevista, excepcional o sobrevenida que requiere de una actuación inmediata con los medios y recursos sociales ordinarios y que puede afectar tanto a individuos como a grupos. En el caso de las *emergencias sociales*, estas las acotan por diferenciación con las urgencias, sin ofrecer una definición propia. Así, serán los medios y los recursos requeridos en la atención lo que diferencia ambas situaciones, en concreto, los y las profesionales concuerdan en que en el caso de las emergencias se deben utilizar medios y recursos de otros sistemas de atención social. Es importante señalar que son dos campos de actuación diferenciados, aunque en ambos casos se requieran equipos multidisciplinares.

Además, la investigación constata la consolidación de este ámbito de intervención en el trabajo social, en la línea del trabajo de Arricivita (2006), así como el hecho de que el rol de los/as profesionales del trabajo social en situaciones de urgencia y emergencia es fundamental, si bien su área de trabajo es hasta el momento poco investigada y reconocida. La ambigüedad conceptual citada anteriormente, puede estar contribuyendo al desconocimiento de esta área profesional.

A la vista de los resultados obtenidos en este trabajo, existe una confusión conceptual entre emergencia y urgencia, así como entre necesidad social y urgencia social. Se hace por tanto

necesaria una delimitación de las necesidades sociales que deben ser abordadas como urgentes. Asimismo, se requiere mayor concreción acerca de los servicios y prestaciones que deben ser considerados de urgencia, de forma particular, el servicio de “atención permanente de urgencias sociales” y el “servicio de atención de urgencias sociales”. En este sentido, ¿cabría delimitar dentro de la cartera de servicios de cada territorio cuáles son considerados de urgencia?

Por otra parte, es necesario avanzar en el estudio de “las urgencias” en relación al territorio: distribución y oferta de recursos, adecuada cobertura de necesidades o posibles carencias, con el objetivo de analizar el nivel de igualdad en el acceso a los servicios y trabajar para su garantía. En esta línea, parece importante analizar y comparar los criterios de atribución de prestaciones, así como el estudio de las poblaciones y de las problemáticas atendidas. ¿A partir de la investigación se podrían analizar las situaciones de emergencia y urgencia social que se están atendiendo desde el Trabajo Social? Todo ello podría contribuir en la construcción de definiciones más concretas, así como a valorar la necesidad de unificar criterios dentro del territorio español.

El testimonio recogido por las personas expertas muestra que los/as profesionales que afrontan situaciones de urgencia han de enfrentarse a la toma rápida de decisiones, como también señalan autores como Brémont et al. (2002); Vidal-Naquet (2005) o Aubert (2010), en ocasiones sin información previa sobre el contexto y la persona usuaria. Por ello resulta clave abordar el desarrollo de competencias formativas específicas sobre gestión de situaciones de crisis, urgencia y emergencia en trabajo social, aspecto en el que los/as profesionales consultados han incidido especialmente y que se encuentra en la línea de las investigaciones consultadas (Cacciatore et al., 2011; Flannery 1999; Martínez y Cabrera, 2019). Sería deseable que estas acciones formativas se introdujesen en el itinerario académico. En este sentido, parece interesante plantear la posibilidad de que se desarrollasen de manera conjunta desde el ámbito universitario, colegial, institucional, e incluso desde el sector privado.

Por otra parte, en muchas ocasiones las situaciones de emergencia o urgencia social son en sí mismas indicadores de situaciones de necesidad hasta ese momento ocultas, ayudando a

visibilizar el problema social mediante una mayor cobertura en los medios de comunicación, identificando el trasfondo de las situaciones de exclusión, o contribuyendo a dar a conocer la labor profesional (Duque et al. 2011; Wolf, 2017). Sin embargo, en otras ocasiones, el “enfoque de emergencia” contribuye a ocultar patrones sociales invisibles, al centrarse las intervenciones en la actuación a corto plazo, pero ignorando las causas estructurales de estas situaciones, que requerirían respuestas a largo plazo. En cualquier caso, parece imprescindible avanzar en la sistematización de experiencias que permitan dar a conocer estos ámbitos de intervención y el papel del Trabajo Social en los mismos.

En este sentido, la profesión del Trabajo Social debe aportar un enfoque global de las causas estructurales de la emergencia social, mostrando que en muchas ocasiones estas situaciones son la *punta del iceberg* de un problema mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. L., Corpas, R. y Corpas, C. (2016). Predictores del prejuicio en profesionales que trabajan con colectivos en exclusión social. *Revista de Ciencias Sociales (RSC)* 22(3), 35-50. <http://dx.doi.org/10.31876/rsc.v22i3.24867>
- ANECA (2004). *Libro blanco: Título de Grado en Trabajo Social*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Arricivita, A. L. (2006). La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes. *Revista servicios sociales y política social*, 74, 27-41. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_74_intervencion_social_en_situaciones_de_emergencia/ ISSN Digital: 2530-3090.
- Arricivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Psicosocial & Emergencias.
- Aubert N. (2010). *Le culte de l'urgence: La société malade du temps*. Flammarion.
- Brémont, P., Gérardin, E. y Ginestet, J. (2002). En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles. *Empan*, 2(46), 129-135. <https://doi.org/10.3917/empa.046.0129>

- Cacciatore, J., Carlson, B., Michaelis, B. y Steffan, S. (2011). Crisis Intervention by Social Workers in Fire Departments: An Innovative Role for Social Workers. *Social Work*, 56(1) 81-88. <https://doi.org/10.1093/sw/56.1.81>
- Camus, D. y Pinazo, S. (2016). Los servicios de emergencia sanitarias como principales detectores de la emergencia social. *Revista Psicosocial y Emergencias; II Época: artículos y reflexiones*. Disponible en: <http://www.psicosocialyemergencias.com/servicios-emergencias-sanitarias-principales-detectores-emergencia-social/>
- Clifford, D. y Williams, G. (2002). Important yet ignored: problems of “expertise” in emergency duty social work. *British Journal of Social Work*, 32, 201-215. <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.2.201>
- Comunidad de Madrid. (2003). Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 88, 6-22. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13185-consolidado.pdf>
- Duque, T., Estomba, I. y Agirre, J. (2011). Acción social municipal en situaciones de urgencia y emergencia social. Experiencia de las capitales de la CAPV. *Zerbitzuan*, 49, 71-80. DOI: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.06>
- Esteban Carbonell, E., Romero Martín, S. y del Rincón Ruiz, M^a M. (2017). Medicamentos viejos para pacientes nuevos: el impacto de la crisis en los servicios sociales de la ciudad de Zaragoza desde la perspectiva de los trabajadores sociales. *Zerbitzuan*, 63, 57-73. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.63.03>
- Flannery, R. B. (1999). Treating family survivors of mass casualties: A CISM family crisis intervention approach. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(4), 243-250.
- Ferrer, I. (2015). La gestión de la emergencia “Germanwings” desde el CUESB (Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona). *Revista Psicosocial y Emergencias; II Época: artículos y reflexiones*. Disponible en: <http://www.psicosocialyemergencias.com/la-gestion-de-la-emergencia-germanwings-desde-el-cuesb/>. Consultado el 10 de diciembre de 2018.

- Fierro, Y. (2006). El socavón del Carmel, una visión desde la atención primaria del Centro de Servicios Sociales del Carmel. *Servicios sociales y política social*, 74, 75-88. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_74_intervencion_social_en_situaciones_de_emergencia/ ISSN Digital: 2530-3090.
- García, M. y Gil, J. M. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de Crisis*, 3(1), 7-20. Disponible en: http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_004.pdf
- Generalitat de Catalunya. (2007). *Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales*, 4990, 37788-37859. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf>
- Gobierno de Aragón. (2009). *Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón*, 132, 18244-18280. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/08/20/pdfs/BOE-A-2009-13689.pdf>
- Gobierno de España (2015). *Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil*, 164. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-7730-consolidado.pdf>
- Ispizua, M. y Lavia, C. (2016). *La investigación como proceso: planificación y desarrollo*. Dextra Editorial. ISBN Digital: 978-84-16277-74-2.
- López Aranguren, E. (1986). El análisis de contenido, en M. García, J. Ibáñez y F. Alvira (comp.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social* (pp.594-616). Alianza Editorial. ISBN: 978-84-9104-111-5
- López Esparrell, D.H. (2014). La intervención del trabajador social en situaciones de emergencia y urgencia social. *DTS, Revista del Colegio Oficial de trabajadores/as sociales de Málaga*, 10-16. Disponible en: <http://cdoc.psicosocialyemergencias.com/publicaciones/la-intervencion-del-trabajador-a-social-en-situaciones-de-emergencia-y-urgencia-social/>
- López Esparrell, D. H. (03 de mayo de 2016). *Intervención en emergencias sociales y primeros auxilios psicológicos*. Málaga, España.
- Martínez, N. y Cabrera, O.M. (2019). Grupos y/o comisiones de profesionales del trabajo social de intervención en emergencias

- en los colegios oficiales/profesionales de trabajo social en España. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (62), 224-252.
- National Association of Social Workers, NASW (2008). Military service-related PTSD.
- Pérez, D. (2008). Unas primeras reflexiones sobre la intervención de los trabajadores sociales en el accidente aéreo de Spanair. *Trabajo social hoy*, 54, 159-163. Disponible en: <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=1139> ISSN: 1134-0991
- Pirela, J.; Paredes, A., Portillo, L. y Caldera, E. (2015). Desarrollo de competencias informativas en la formación general de la Universidad del Zulia. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 21(2), 347-360. <http://dx.doi.org/10.31876/rcs.v21i2.25728>
- REAL DECRETO 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/08/03/pdfs/A28856-28864.pdf>
- Reyes, G (2015). Acciones asistenciales y desarrollo en el contexto de la globalización. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 21(1), 86-96. <http://dx.doi.org/10.31876/rcs.v21i1.25708>
- Rodríguez, M. J. y Garrigós, J. I. (2017). *Análisis sociológico con documentos personales*. Centro de Investigaciones Sociológicas. ISBN: 9788474767278
- Romero, V. y Gutiérrez, J. (2015). Calidad de la atención en tiempos de crisis. Los trabajadores sociales y la atención a la emergencia social, en E. González, A. García, J. García y J. Iglesias (Coords.). *Mundos emergentes: cambios, conflictos y expectativas*. Toledo: ACMS, 682-693. Disponible en: <http://acms.es/wp-content/uploads/2016/12/libro-mundos-emergentes-cambios-conflictos-expectativas-edicion-corregida-y-ampliada.pdf> ISBN: 978-84-608-3520-2
- Sales, A. (2020). El sensellarisme s'agreuja amb la Covid-19. Mesures d'emergència i perspectives de futur. *Revista Barcelona Societat*, 23-27. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista/revista-barcelona-societat-26-cat.pdf>

- Tuleu, F. (2011). Cette année encore, l'hiver reviendra au mois de décembre... *Empa*, 84, 32-37. <https://doi.org/10.3917/empa.084.0032>
- Vicente, E. y Arredondo, R. (2020). *Actuaciones del trabajo social ante la Covid-19*. Consejo General del Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/files/5f213639cbc10/COVID_II_WEB.pdf
- Vidal-Naquet, P. A. (2005). Le paradoxe de l'urgence sociale. *Revue Projet*, 284, 10-17. <https://doi.org/10.3917/pro.284.0010>
- Wolff, V. (2017). Visibility and invisibility of emergency in social policy. *Journal Européen d'éducation sociale*, 28/29, 10-19.
- Yanay, U., Benjamin, S. y Gimmon, H. (2011). Networking emergency teams in Jerusalem. *Disasters*, 35(1), 183-199. <https://doi.org/0.1111/j.0361-3666.2010.01199.x>

Presión hacia el éxito deportivo. Un análisis empírico sobre el proceso causal que empuja a los deportistas a la infracción de las normas

MARCO TEIJÓN ALCALÁ

DEPARTAMENTO DE DERECHO PENAL Y CRIMINOLOGÍA.

FACULTAD DE DERECHO (UNED)

mteijon@der.uned.es

Resumen: El bloqueo de oportunidades es una fuente de frustración históricamente asociada al delito y a otras conductas desviadas. Las versiones contemporáneas de las teorías de la frustración pronostican, además, que los efectos del bloqueo de oportunidades en el delito se encuentran condicionados por una serie de factores individuales y sociales. En este estudio se analiza empíricamente esta última hipótesis en el contexto de la actividad/competición deportiva. Más concretamente, se analiza si la influencia del bloqueo de oportunidades en una serie de conductas antideportivas es mayor cuando los deportistas necesitan o dependen (profesional, laboral o emocionalmente) de unos resultados determinados. Para ello, nos valemos de una muestra de deportistas en activo compuesta por estudiantes de Grado y Posgrado

de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), así como de deportistas adscritos a clubs o escuelas deportivas de varias disciplinas y que compiten a diferentes niveles. Una serie de análisis de moderación simple basados en el modelo de regresión lineal confirman la hipótesis planteada.

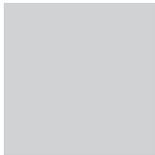
Palabras clave: Bloqueo de oportunidades, frustración, efectos condicionantes, análisis de moderación, infracción de normas.

Pressure relating to sporting success. An empirical analysis of the causal process that pushes athletes to infringe the rules

Abstract: Blocked opportunities is a type of strain historically associated with crime and other deviant behaviours. Contemporary versions of the strain theories also predict that the effects of blocked opportunities in breaking of the rules are found to be determined by a series of social and individual factors. In this study, this last hypothesis is empirically analysed within the context of sports activity/competition. More specifically, the influence of blocked opportunities in a series of unsportsmanlike behaviours is analysed to see whether it is greater when athletes need or depend - albeit for professional, work-related or emotional reasons - on specific results. With this in mind, we take as our starting point a sample group of active athletes composed of undergraduates and postgraduates from the Faculty of Sport Science and Physical Activity at the Universidad Politécnica de Madrid (UPM), along with athletes involved in various disciplines of sport at clubs and schools and competing at different levels. A series of simple moderation analyses based on the linear regression model confirm the hypothesis put forward in this study.

Key words: Opportunity blocking, frustration, conditioning effects, moderation analysis, rule infringement.

Presión hacia el éxito deportivo. Un análisis empírico sobre el proceso causal que empuja a los deportistas a la infracción de las normas



Marco
Teijón Alcalá

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426235

Recibido: 19/11/2020

Aceptado: 05/10/2021

INTRODUCCIÓN

La Teoría General de la Frustración - TGF - (Agnew 1992) representa en la actualidad la versión contemporánea de esta tradición teórica que mayor atención y apoyo empírico ha recibido en las últimas décadas. Entre las principales novedades que presenta la TGF, y que la distancian de sus versiones precedentes, destacamos su planteamiento sobre los procesos causales que conectan frustración¹ y conductas desviadas. Por un lado, si bien la TGF no descarta que la frustración lleve a la desviación de forma directa (como sugieren las versiones clásicas), mantiene que es bastante más probable que haga lo propio de forma indirecta, esto es, a través de los efectos mediadores de una serie de emociones negativas (Agnew. 1992, 2007). En este sentido, existen

¹ Agnew (1992: 48) identifica el término frustración (en inglés «strain») con «relaciones negativas en las que el individuo no es tratado como a él o ella le gustaría ser tratado». Como puede apreciarse, esta definición presenta problemas de especificación, es un tanto ambigua, confusa y abarca muchas potenciales situaciones.

abundantes estudios que, aplicados tanto al campo de la delincuencia (Capowich, Mazerolle y Piquero, 2001; Hay, 2003; Mazerolle y Piquero, 1998; Piquero y Sealock, 2000), como al contexto de la competición deportiva (Teijón Alcalá y Serrano Maíllo, 2019; Serrano Maíllo y Teijón Alcalá, 2019; Teijón Alcalá, 2020) arrojan pruebas favorables para esta conjetura. Por otro lado, recientes actualizaciones de la teoría (ver Agnew, 2007, especialmente, 2013) afirman que en este proceso causal intervienen, además, una serie de factores (individuales y sociales) que condicionan los efectos de la frustración (y las emociones negativas) en el delito. Según este planteamiento, el delito es más probable cuando estas terceras variables moderan (aumentando) los efectos de la frustración. Esta hipótesis, a pesar de que representa una asunción mantenida por prácticamente todos los teóricos de la frustración, clásicos y contemporáneos, ha encontrado escaso respaldo empírico (Choi, Kruis y Kim, 2019; Liu et al., 2020; Teijón Alcalá y Birkbeck, 2019).

Por otro lado, la TGF abre el abanico de posibles fuentes de frustración y las agrupa en tres tipos ideales. A saber: (i) el fracaso en el logro de objetivos valorados positivamente, (ii) la pérdida de estímulos valorados positivamente y (iii) la exposición a estímulos negativos o nocivos (Agnew, 1992, 2007). Así las cosas, cientos o miles de situaciones, eventos o acontecimientos negativos cotidianos entrarían dentro de la definición y clasificación propuestas por la teoría. Sin embargo, Agnew (1992) mantiene que no todas las fuentes de frustración son igualmente influyentes, sino que existen algunas que se encuentran más fuertemente asociadas al delito y a otras conductas antisociales. Se trata de fuentes de frustración que suelen ser percibidas como injustas, son más severas, están asociadas a un bajo control social y crean algún incentivo o presión para delinquir (Agnew, 2007: 326-328). La literatura más reciente sugiere que el bloqueo de oportunidades reúne todas esas características y que, según varios estudios empíricos, constituye una fuente de frustración especialmente criminógena (Agnew, 2001, pp. 323-326; Burton y Cullen, 1992; Moon, Blurton et al., 2008; Moon, Morash et al., 2009; Moon, Hays et al., 2009).

Finalmente, la TGF espera que el bloqueo de oportunidades sea aún más influyente cuando las circunstancias particulares en las que se encuentran los individuos supongan un incentivo para

la infracción (Agnew, 2007). En estos supuestos, la infracción de las normas puede ser el medio más idóneo y eficaz para superar las barreras que limitan sus oportunidades (Merton, 1938, 1968). En el contexto del deporte es muy habitual que algunos deportistas dependan de unos resultados determinados para conseguir un trabajo, una beca o una subvención; también para promocionar en su carrera o para poder participar en una prueba deportiva, formar parte de un equipo o subir de categoría. En ocasiones, esta necesidad o dependencia se encuentra incluso asociada a la consecución de unas metas o retos personales (donde podemos incluir el bienestar emocional). En consecuencia, podemos esperar que un deportista que necesite o dependa de unos resultados determinados y que encuentre bloqueadas las vías de acceso para ello, tienda a recurrir a conductas ilícitas (en principio más eficaces) para superar las barreras que limitan o restringen sus oportunidades (p. ej. recurriendo al dopaje) (Connor, 2009). Sin embargo, la teoría no especifica el proceso causal por el que, ante una situación de bloqueo de oportunidades, la necesidad o dependencia de resultados (presión) lleva a la infracción de las normas. Agnew (1992, 2007, 2013), como se dijo, apunta a una serie de variables o factores que condicionan o moderan los efectos de la frustración en el delito. En este sentido, entendemos que la necesidad o dependencia de resultados es una variable que interviene en el proceso causal descrito incrementando el tamaño y/o la magnitud de los efectos del bloqueo de oportunidades en la infracción de las normas. En cualquier caso, merece la pena insistir, para la TGF, el delito (o cualquier otro tipo de conducta antisocial) es solamente una de las posibles respuestas a una situación de frustración, habitualmente la menos frecuente. Los individuos cuentan normalmente con otras estrategias de afrontamiento de tipo legal con las que responden a situaciones negativas o adversas. De esta forma, la necesidad de resultados puede afectar a estas estrategias de afrontamiento que son las que determinan la respuesta de los individuos a una situación de frustración. En el ámbito de la delincuencia, estas estrategias de afrontamiento incluyen capacidades personales como la autoeficacia y el autocontrol, el apoyo social, el control social, la asociación con compañeros (no) delincuentes y las creencias sobre la delincuencia (Agnew, 2013: 653). Por lo tanto, cuando esas estrategias de afrontamiento

están ausentes (es decir, baja autoeficacia, bajo autocontrol, vínculos sociales débiles), es más probable que el delito sea la elección adoptada. Esta hipótesis, como se dijo, ha recibido un apoyo empírico desigual (Agnew, 2013). Algunos estudios han arrojado pruebas favorables para la misma (ver Agnew y White, 1992; Baron, 2009; Baron y Hartnagel, 2002; Hay y Evans, 2006; Mazerolle y Maahs, 2000; Turanovic y Pratt, 2013), mientras que muchos otros han encontrado pruebas en sentido contrario (por ejemplo, Botchkovar et al., 2009; Hoffmann y Miller, 1998; Hoffmann y Su, 1997; Mazerolle y Piquero, 1997)².

En definitiva, en este trabajo tratamos de arrojar luz sobre esta hipótesis particular analizando si la dependencia o necesidad de lograr unos resultados determinados incentiva o presiona a los deportistas hacia la infracción de las normas, en el sentido de que los deportistas que encuentran bloqueadas las vías de acceso a sus objetivos deportivos se verán más fuertemente presionados a la infracción de las normas en la medida que (mayormente) necesiten esos resultados.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra utilizada en el presente trabajo procede de la base de datos utilizada por Teijón Alcalá y Sillero Quintana (2018) en su estudio sobre conductas ilícitas en el deporte. Estos autores

² Agnew (2013) atribuye esta falta de apoyo empírico a que los investigadores han evaluado los efectos condicionantes de todos estos factores de forma aislada. Por ello, Agnew (2013) propuso una revisión de la teoría en la que mantiene que el efecto condicionante individual de cada una de las variables es pequeño o modesto. En consecuencia, según Agnew (2013), los efectos condicionantes de todas estas variables (autocontrol, apoyo social, asociación con compañeros delinquentes y creencias sobre la delincuencia) son mucho más influyentes cuando se combinan entre sí, creando, en su conjunto, «una fuerte propensión» a la infracción de las normas (Agnew, 2013, p. 654). Por consiguiente, lo fundamental para evaluar el efecto condicionante de estas variables es crear un índice general que mida la propensión general a la delincuencia, siempre según Agnew. En consecuencia, sería este índice general de propensión, más que sus componentes individuales, lo que condiciona los efectos de la frustración en la delincuencia. Sin embargo, este nuevo planteamiento teórico tampoco ha recibido un apoyo empírico sólido (ver Baron, 2019a, 2019b; Craig et al., 2017; Jang y Song, 2015; Lin y Mieczkowski, 2011; Ousey et al., 2015; Teijón Alcalá y Birkbeck, 2019; Willits, 2019).

administraron un cuestionario que elaboraron el efecto (ver Anexo I) a una muestra de deportistas en activo compuesta por estudiantes de Grado y Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF) de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) y por deportistas de varias disciplinas y niveles adscritos a clubs o escuelas deportivas. La recogida de datos se realizó a través de internet mediante el sistema CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*), que es una técnica cada vez más habitual en ciencias humanas y sociales, debido, entre otras cosas, a su facilidad de administración y a su mayor alcance. Sin embargo, para la recogida de datos no se utilizaron técnicas de muestreo probabilísticas y, por lo tanto, la muestra empleada en este estudio no es representativa de la comunidad deportiva, sino que se trata de una muestra de las denominadas de conveniencia ($n = 349$).

Medidas

Variable dependiente (Infracciones)

En esta investigación nos centramos en una serie de conductas ilícitas específicas que se producen habitualmente en el transcurso de la competición deportiva (o como consecuencia de esta). Todas ellas constituyen infracciones a los reglamentos o normas que regulan la actividad deportiva y/o que contravienen los principios universales del «*fairplay*» deportivo (Yukhymenko-Lescroart, 2015). Para obtener medidas de esta variable se ha pedido a los encuestados que indiquen el número de veces que han realizado alguna o algunas de estas conductas antideportivas³. Las puntuaciones obtenidas se incluyeron

³ Las conductas son las siguientes: «Consumir sustancias prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarse de alguna lesión o enfermedad»; «Realizar actividades prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarse de alguna lesión o enfermedad»; «Aprovecharse de circunstancias del rival o de la competición faltando a las reglas del fairplay»; «Engañar o intentar engañar al árbitro o juez»; «Infringir de forma malintencionada las normas o reglamentos del deporte practicado»; «Actos antideportivos de agresión física o verbal hacia compañeros, rivales, entrenadores, árbitros, jueces, colaboradores, público, etc.»; «Consumir algún tipo de droga, antidepresivos o alcohol después de haber tenido una mala actuación o resultado».

en un 3ndice sumatorio ($\text{Alpha} = ,61$). Sin embargo, debido a la gran dispersi3n de los datos y a que algunas de las infracciones apenas contaban con observaciones, se ha transformado este 3ndice sumatorio en una variable ordinal con una escala de cinco categor3as de respuesta. A excepci3n del primer grupo, que est3 formado por los deportistas que no han reportado infracci3n alguna, los restantes se han agrupado equitativamente en funci3n del n3mero de infracciones reportadas. Por lo tanto, el grupo «1» representa a los deportistas que no han cometido ninguna infracci3n (174; 65,4 %); el «2» a los que han reportado entre 1 y 7 infracciones (63; 23,7%); el «3» a los que han informado entre 8 y 15 infracciones (13; 4,9%); el «4» a los que han reportado entre 16 y 28 infracciones (11; 4,1%); y el «5» a los que han reportado m3s de 28 infracciones (5; 1,9%).

Variable independiente (Bloqueo de oportunidades)

Para esta variable hemos utilizado cinco 3tems con los que se eval3a el nivel de bloqueo de oportunidades percibido por los deportistas ($\text{Alfa} = ,86$). Este constructo eval3a el grado en que el deportista considera que determinadas situaciones le han impedido alcanzar sus resultados deseados⁴. Las respuestas obtenidas se han incluido en un an3lisis factorial exploratorio

⁴ Cuatro de estas conductas se identificar3an como fuentes del bloqueo: «Creo que he tenido mala suerte con las lesiones u otras circunstancias y por eso no he podido alcanzar mis metas deportivas»; «Creo que hay otros deportistas o equipos que me van a impedir superar mis logros deportivos m3s recientes»; «Ciertas personas o circunstancias ajenas a m3 han impedido que alcance mis objetivos deportivos»; «No he alcanzado mis objetivos deportivos al no disponer de medios o instalaciones adecuadas». En la 3ltima no se especifica la fuente del bloqueo: «Veo pr3cticamente imposible superar mis mejores resultados m3s recientes». Es decir, que englobar3a cualquier evento o circunstancia por la que el deportista considere que no va a poder alcanzar sus resultados.

(AFE) con un procedimiento orientado a la estimación de factores comunes (FC)⁵.

Variable moderadora (Dependencia)

Esta variable está constituida por 3 ítems (Alpha = ,66) que también han sido sometidos a un AFE⁶ y que miden el nivel de dependencia de los deportistas con respecto a sus resultados deportivos. Es decir, el grado en que el deportista necesita o depende de unos resultados para alcanzar sus objetivos profesionales, personales o de bienestar emocional⁷.

Variabes de control

Amigos infractores. Esta variable contabiliza el número de amigos del deportista que habrían cometido alguna de las infracciones mencionadas⁸ (ver Akers, 1998; Sutherland, 1934). Las

⁵ Este procedimiento nos permite evaluar de modo exploratorio la dimensionalidad de los datos. De las cinco variables observadas se ha extraído un único factor que explica el 67% de la varianza total y que cuenta con un autovalor de 3,239. La prueba de esfericidad de Bartlett es estadísticamente significativa ($p < ,0005$), lo que permite rechazar la hipótesis de que no existe correlación entre las variables analizadas (Gaskin y Happell 2014; Méndez Martínez y Rondón Sepúlveda 2012). Por otro lado, el KMO indica una buena adecuación muestral (.823). Las distribuciones de nuestros ítems, el número de opciones de respuesta (escala tipo Likert con 5 categorías de respuesta) y la falta de normalidad de nuestros datos desaconsejan el análisis de la matriz de correlaciones de Pearson. Por ello, en función de esta naturaleza ordinal recurrimos a matrices de correlaciones policóricas (para ítems politómicos) (ver Bandalos y Finney, 2010; Lloret-Segura et al., 2014; Lorenzo-Seva y Ferrando, 2015). Mediante esta técnica estadística de interdependencia, además de reducir la información obtenida, se busca establecer la estructura subyacente entre las cinco variables observadas.

⁶ Al realizar el AFE de los 3 ítems, encontramos que existe un factor que cuenta con un autovalor superior a la unidad (1,834), que explica más del 62% de la varianza total. La prueba de esfericidad de Bartlett es altamente significativa estadísticamente ($p < 0,0005$) y el KMO indica una aceptable adecuación muestral (0,602).

⁷ Los ítems son: «Mi futuro deportivo o incluso profesional depende de mis resultados deportivos»; «Mis objetivos personales dependen de mis resultados deportivos»; «Mi nivel de bienestar emocional depende de mis resultados deportivos». Escala de 5 respuestas posibles va desde (1) Totalmente en desacuerdo, a (5) Totalmente de acuerdo.

⁸ La pregunta rezaba lo siguiente: «¿Cuántas personas con las que tienes relación han realizado alguna de las conductas anteriores en el último año?». A continuación, se debía indicar el número de amigos por infracción.

respuestas obtenidas representan un conteo del n3mero de amigos infractores ($\text{Alpha} = ,82$).

Creencias favorables a la infracci3n de las normas. Esta variable eval3a el grado en que el deportista considera que es correcto o incorrecto realizar las conductas anteriores⁹. Para ello, se han utilizado 7 3tems ($\text{Alpha} = ,84$) que se han incluido en un AFE¹⁰.

Autocontrol (bajo). Esta variable se construye sobre (parte de) la escala del temperamento elaborada originalmente por Grasmick et al. (1993), que es la escala cognitiva generalmente utilizada para medir el autocontrol en la tradici3n de las teor3as del control social (Gottfredson y Hirschi, 1990; Hirschi, 1969). Esta escala reducida utilizada generalmente por Wikstr3m et al. (2012) est3 compuesta por 8 3tems ($\text{Alpha} = ,70$)¹¹ y eval3a la capacidad de los individuos para ver las consecuencias futuras, probables y posibles de sus actos (Serrano Ma3llo, 2013)¹².

⁹ La escala de 5 respuestas posibles va desde (1) Muy incorrecto, a (5) Muy correcto.

¹⁰ Al realizar el AFE de los 7 3tems encontramos que existen dos factores superiores a la unidad. Sin embargo, observamos que un primer factor, que cuenta con un autovalor superior a la unidad (3,653), explica m3s del 52% de la varianza total. Este primer factor representa m3s del doble del segundo, que apenas supera la unidad (1,041), por lo que existe un espacio relevante respecto al primero, a la par que el gr3fico de sedimentaci3n muestra un salto m3s que notable. La prueba de esfericidad de Bartlett es altamente significativa estad3sticamente ($p < 0,0005$) y el KMO indica una buena adecuaci3n muestral (0,836). Altas puntuaciones en esta variable latente indican actitudes positivas a la infracci3n de las normas.

¹¹ Los 3tems utilizados son: «Cuando me enfado de verdad, lo mejor es no acercarse a m3»; «A menudo act3o de improvisado, sin detenerme a pensar lo que voy a hacer»; «En ocasiones me parece excitante hacer cosas que son peligrosas»; «No le dedico mucho tiempo ni esfuerzo a prepararme para mi futuro»; «A veces tomo alg3n riesgo simplemente porque me parece divertido»; «Nunca pienso qu3 me pasar3 en el futuro»; «A menudo me aburro con las cosas»; y «Suelo perder el control con bastante facilidad». La escala de 5 respuestas posibles va desde (1) Totalmente en desacuerdo, a (5) Totalmente de acuerdo.

¹² Desde un punto de vista estad3stico, el AFE arroja tres factores superiores a la unidad que explican m3s del 61% de la varianza total. Ello indicaría que existen tres variables latentes dentro de las 8 variables observadas. Desde un punto de vista te3rico, los te3ricos del autocontrol parten de la hip3tesis de unidimensionalidad. Es decir, que el autocontrol (bajo) es un constructo unidimensional, lo que resulta veros3mil a la luz de los resultados obtenidos en el AFE. En consecuencia, hemos extra3do un 3nico factor que explica m3s del 33% de la varianza total y que cuenta con un autovalor superior a la unidad (2,652). La prueba de esfericidad de Bartlett es altamente significativa estad3sticamente ($p < 0,0005$) y el KMO indica valores muy pr3ximos a una aceptable adecuaci3n muestral (0,694).

Emociones negativas. Aquí incluimos 6 emociones negativas (Alpha = ,80) que, tal y como vimos, mediarían los efectos de la frustración en la infracción de las normas (Agnew, 2007)¹³.

Variables sociodemográficas

Edad. La edad ha sido codificada según el número de años del encuestado, con edades comprendidas entre los 18 y 64 años.

Sexo. El sexo ha sido codificado en respuesta dicotómica, correspondiendo el «0» a la mujer (61; 24%) y el «1» al hombre (192; 76%).

Nivel de competición. Esta variable indica el nivel al que habitualmente compite el deportista. Es una variable ordinal con cuatro categorías de respuesta: «1=Local/Provincial» (142); 2 = «Regional/Autonómico» (102); «3 = Nacional» (90) y; «4 = Internacional» (16).

Tipo de deporte. Esta variable evalúa el tipo de deporte que practica el encuestado. Las respuestas se han agrupado en dos categorías, correspondiendo el «0» a los deportes individuales y el «1» a los colectivos (ver Robles, Abad y Giménez, 2009)¹⁴.

En la Tabla 1 se describen los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas.

¹³ Las emociones aquí incluidas son: Ira. «Me he cabreado bastante cuando he perdido o he tenido una mala actuación». Depresión. «Me he sentido disgustado, triste o abatido cuando he perdido o he tenido una mala actuación». Desvelo. «Me ha costado conciliar el sueño después de haber perdido o haber tenido una mala actuación». Impotencia. «He sentido desesperación, decepción o impotencia cuando he perdido o he tenido una mala actuación». Ansiedad. «He sentido mucha ansiedad antes de una prueba». Inseguridad. «Me he sentido inseguro cuando se acercaba una prueba, partido, competición, etc., y no he podido entrenar en condiciones».

¹⁴ La variable original se dividía en cuatro categorías de respuesta: individual con oponente (33, 9%); individual sin oponente (224, 64%), colectivo de oposición (81, 23%) y; colectivo de cooperación (11, 3%).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

| | n | Media | Desviaci3n Típica | Min | Max |
|-------------------------|-----|-------|-------------------|-------|-------|
| Infracciones deportivas | 266 | 0,53 | 0,91 | 0,00 | 4,00 |
| Bloqueo oportunidades | 272 | 0,00 | 1,00 | -1,74 | 2,90 |
| Necesidad de resultados | 296 | 0,00 | 1,00 | -1,84 | 2,67 |
| Amigos infractores | 258 | 8,54 | 16,22 | 0,00 | 89,00 |
| Creencias | 255 | 0,00 | 0,93 | -0,76 | 5,51 |
| Autocontrol | 252 | 0,00 | 1,00 | -2,21 | 2,92 |
| Ira | 273 | 2,85 | 1,24 | 1,00 | 5,00 |
| Depresi3n | 272 | 3,33 | 1,14 | 1,00 | 5,00 |
| Desvelo | 272 | 2,29 | 1,16 | 1,00 | 5,00 |
| Impotencia | 272 | 2,83 | 1,26 | 1,00 | 5,00 |
| Ansiedad | 272 | 2,82 | 1,14 | 1,00 | 5,00 |
| Inseguridad | 272 | 2,68 | 1,17 | 1,00 | 5,00 |
| Edad | 253 | 31,75 | 11,14 | 18,00 | 64,00 |
| Sexo | 253 | 0,76 | 0,43 | 0,00 | 1,00 |
| Nivel de competici3n | 349 | 1,94 | 0,92 | 1,00 | 4,00 |
| Tipo de deporte | 349 | 0,26 | 0,44 | 0,00 | 1,00 |

Fuente: Elaboraci3n propia

Hip3tesis

Tal y como hemos mencionado m3s arriba, todas las versiones de las teorías de la frustraci3n asumen que la relaci3n entre frustraci3n y desviaci3n se produce solamente en determinadas circunstancias (Agnew, 1992). En particular, la TGF espera que los efectos de la frustraci3n se encuentren condicionados por la influencia de una serie de factores. En el presente estudio partimos de esta hip3tesis y analizamos si (H_1) *la relaci3n entre bloqueo de oportunidades (X) e infracciones deportivas (Y) se encuentra condicionada por la dependencia o necesidad de obtener unos resultados determinados (W)*, en el sentido de que los efectos del bloqueo de oportunidades en infracciones aumentan cuando el deportista necesita o depende profesional, personal o emocionalmente de esos resultados (W). Esta hip3tesis se identifica estadísticamente con el diagrama conceptual n3mero 1 propuesto por Hayes (2018: 585) [ver Figura 1].

Estrategia analítica

La estrategia analítica diseñada en este estudio se fundamenta en el sustrato teórico de la TGF, en la distribución de nuestras variables de interés y en la naturaleza de la hipótesis planteada. Con respecto a este último aspecto, la naturaleza causal de nuestra hipótesis requiere de un análisis estadístico de moderación simple, lo que se conoce tradicionalmente como el test de interacciones. El análisis de moderación constituye un procedimiento mediante el que se analiza si los efectos de una variable antecedente (X) en una variable respuesta (Y) se encuentran moderados, influenciados o dependen (en tamaño, signo o fuerza) de una tercera variable moderadora (W), que también sería una variable antecedente (Hayes, 2018: 220). En este trabajo, como acabamos de mencionar, se evalúa si los efectos del bloqueo de oportunidades en infracciones aumentan según es mayor la necesidad de resultados que presentan los deportistas.

En la literatura se utilizan tradicionalmente dos enfoques para el test de interacciones. El análisis factorial de varianza y el procedimiento basado en el análisis de regresión (Hayes, 2018: 223). La naturaleza continua de nuestra variable moderadora aconseja el enfoque de regresión. Por ello, nos hemos servido de la aplicación estadística PROCESS (Versión 3.5), ya que se trata de una herramienta especialmente útil y ágil que se basa en el modelo de regresión y que puede ser utilizada con el paquete estadístico SPSS (Hayes, 2013). Esta aplicación calcula directamente el término interactivo ($X*W$) y ofrece los estadísticos básicos para testar y explorar los efectos de la interacción. A ello hay que añadir que nos permite estimar los intervalos de confianza mediante *bootstrap* (Mooney y Duval, 1993: 20-22)¹⁵.

¹⁵ El *bootstrap* es un enfoque no paramétrico con finalidad inferencial. Esta técnica trata la muestra original como la población de la que se extraen muestras sucesivas. Todas las muestras extraídas cuentan con el mismo número de observaciones que la original. En el sistema de reemplazo una misma observación de la muestra original aparece varias veces en la nueva, aunque no puede aparecer en el resto de muestras (ver Mooney y Duval, 1993: 9-15 y 30-33). Este procedimiento se repite cientos de veces, en este caso en 10.000 ocasiones (ver Hayes, 2018). Todas las muestras obtenidas constituyen una única distribución de la que se estiman los Intervalos de Confianza. Esta técnica permite flexibilizar las asunciones del modelo de regresión con respecto a la distribución de la variable dependiente cuando, como ocurre en la presente investigación, no se distribuye de forma normal. A ello hay que añadir los supuestos en los que, como en el presente caso, el tamaño de la muestra es más bien reducido.

RESULTADOS

La Tabla 2 incluye dos modelos de regresi3n en los que se realizan dos pruebas de inferencia estadística con el objetivo de determinar si los efectos del bloqueo de oportunidades en infracciones dependen de la necesidad de resultados de los deportistas. En el primer modelo (Modelo 1) hemos incluido nuestras dos variables antecedentes junto a la interacci3n. Para controlar por los efectos de otros predictores de conductas antisociales, hemos incluido las variables que proceden de otros enfoques te3ricos y las variables sociodemogr3ficas.

Los resultados en la Tabla 2 (Modelo 1) revelan que la interacci3n entre bloqueo de oportunidades y necesidad es estadística-mente significativa [coeficiente = 0,08; error t3pico =0,03; $p < 0,05$]. Como se aprecia en la Figura 1 (Modelo 1), b^3 es estadística-mente diferente de cero, lo que nos permite descartar que la citada relaci3n se deba al azar. No se observan efectos principales de las variables que forman la interacci3n. Todo ello parece indicar que, como mantiene la TGF, los deportistas que perciben que tienen bloqueadas las vías de acceso a sus objetivos deportivos tendrán a infringir las normas en la medida que dependan o necesiten (profesional, personal o emocionalmente) de unos resultados. El Modelo 1 en la Tabla 2 también nos permite comprobar la influencia de otros predictores de conductas antisociales. En concreto, tener amigos infractores, unas creencias favorables a la infracci3n de las normas, un autocontrol bajo y competir en deportes colectivos también lleva a la infracci3n de las normas.

Tabla 2. Modelos de coeficientes para análisis de moderación simple (n =251)

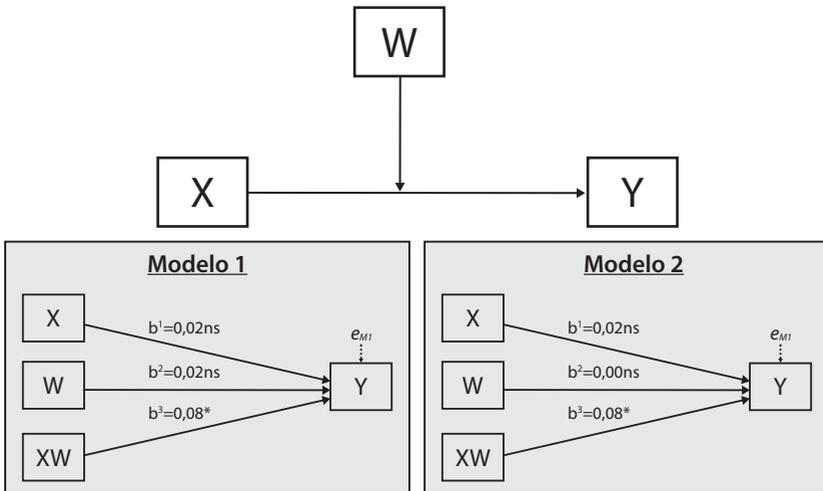
| | Modelo 1 | | | Modelo 2 | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------|------|-------------------|-----------|------|
| | Coef. | IC al 95% | | Coef. | IC al 95% | |
| <i>Bloqueo oportunidades</i> | 0,02ns (0,04) | -0,06 | 0,10 | 0,02ns (0,04) | -0,07 | 0,10 |
| <i>Necesidad de resultados</i> | 0,02ns (0,04) | -0,07 | 0,10 | 0,00ns (0,04) | -0,08 | 0,09 |
| <i>Bloqueo*Necesidad</i> | 0,08* (0,03) | 0,00 | 0,15 | 0,08* (0,04) | 0,00 | 0,15 |
| <i>Amigos infractores</i> | 0,02*** (0,00) | 0,02 | 0,03 | 0,02*** (0,00) | 0,02 | 0,03 |
| <i>Creencias</i> | 0,24*** (0,04) | 0,15 | 0,33 | 0,23*** (0,04) | 0,14 | 0,32 |
| <i>Autocontrol</i> | 0,12** (0,04) | 0,04 | 0,20 | 0,11** (0,04) | 0,03 | 0,20 |
| <i>Edad</i> | -0,01ns (0,00) | -0,01 | 0,00 | -0,01† (0,00) | -0,02 | 0,00 |
| <i>Sexo</i> | -0,03ns (0,08) | -0,22 | 0,16 | -0,05ns (0,10) | -0,24 | 0,14 |
| <i>Tipo de deporte</i> | 0,38*** (0,10) | 0,18 | 0,57 | 0,34** (0,10) | 0,14 | 0,54 |
| <i>Nivel de competición</i> | -0,04ns (0,04) | -0,12 | 0,05 | -0,03ns (0,04) | -0,09 | 0,05 |
| <i>Ira</i> | | | | 0,09* (0,04) | 0,00 | 0,17 |
| <i>Depresión</i> | | | | -0,04ns (0,04) | -0,14 | 0,06 |
| <i>Desvelo</i> | | | | 0,03ns (0,04) | -0,06 | 0,11 |
| <i>Impotencia</i> | | | | -0,03ns (0,04) | -0,13 | 0,06 |
| <i>Ansiedad</i> | | | | -0,06ns (0,04) | -0,02 | 0,15 |
| <i>Inseguridad</i> | | | | -0,08ns (0,04) | -0,16 | 0,00 |
| <i>Constante</i> | 0,48** (0,15) | 1,14 | 1,72 | 0,50* (0,25) | 0,00 | 0,99 |
| N | 252 | | | 252 | | |
| R2 | 0,56 | | | 0,57 | | |
| F | 30,18 | | | 19,61 | | |

ns: no significativo; †: $p < ,1$; *: $p < ,05$; **: $p < ,01$; ***: $p < ,0005$. Errores típicos entre paréntesis.

Fuente: Elaboración propia

El Modelo 2, por su parte, introduce en la ecuaci3n las emociones negativas. Los resultados indican que b^3 tambi3n es estadisticamente diferente de cero (ver Figura 1, Modelo 2). Es decir, que los efectos del bloqueo en infracciones dependen de la necesidad de resultados [coeficiente = 0,08; error t3pico =0,03; $p < 0,05$], aun despu3s de controlar por los efectos del resto de variables predictoras, variables sociodemogr3ficas y las emociones negativas (donde solo la ira alcanza la significancia estadística).

Figura 1. Diagrama conceptual y Diagramas estadísticos de los modelos lineales de moderaci3n simple (Hayes, 2013, 2018).

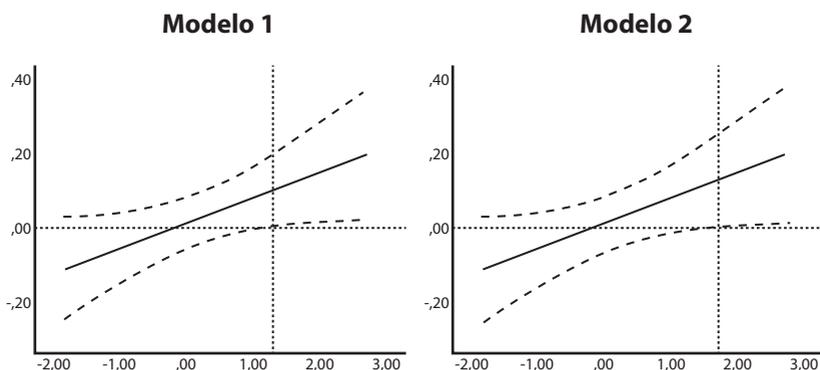


Una vez encontrada evidencia empírica sobre la influencia del término multiplicativo (X^*W), analizamos una serie de estadísticos con el objetivo de explorar la interacci3n. Es decir, exploramos en qué punto de la distribuci3n de nuestro moderador (W), el bloqueo de oportunidades (X) tiene efectos en infracciones (Y). Tradicionalmente existen dos enfoques para ello, el conocido como «pick-a-point» y la técnica de *Johnson-Neyman*. En este estudio, dado el carácter continuo de nuestro moderador y teniendo en cuenta que se trata de un método que aporta más informaci3n, hemos optado por la segunda opci3n (Hayes, 2018: 249 y ss.).

Los estadísticos *Johnson-Neyman* en el Modelo 1 indican que, a partir de una desviaci3n t3pica de 1,443 de necesidad, los

coeficientes del bloqueo de oportunidades (X) alcanzan la significancia estadística. Estos resultados indican que, a partir de ese valor, que solo incluye al 8,7% de la muestra, un aumento en los valores de necesidad incrementa los efectos del bloqueo de oportunidades en infracciones. La Figura 2 (Modelo 1) representa gráficamente los promedios de nuestra variable dependiente (Y) según las distintas combinaciones del bloqueo de oportunidades (X) y la variable moderadora (W). En el Modelo 2, por su parte, los estadísticos *Johnson-Neyman* indican que los coeficientes solo alcanzan la significancia estadística a partir de una desviación típica de 1,733 de necesidad. Estos resultados indican que la región de significancia en este modelo es incluso menor que en el anterior. Es decir, un aumento en los valores de necesidad incrementa los efectos del bloqueo de oportunidades en infracciones solo para un 4% de la muestra. Estos hallazgos resultan relevantes para la presente investigación, ya que, tal y como pronostica la TGF, parecen indicar que los efectos del bloqueo de oportunidades en conductas antideportivas son especialmente influyentes para aquellos deportistas que puntúan alto en dependencia o necesidad.

Figura 2. Región de significancia Johnson-Neyman



Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, los resultados, tomados en su conjunto, parecen confirmar nuestra hipótesis sustantiva. Tal y como pronostica la TGF, la infracción a las normas sería la estrategia de afrontamiento

m3s probable para aquellos deportistas que necesitan o dependen de unos resultados determinados para satisfacer sus pretensiones deportivas, profesionales, personales o, simplemente, su bienestar emocional. Nuestros hallazgos tambi3n revelan que, en realidad, esta situaci3n solo afecta a una parte muy reducida de los deportistas, que son los que muestran un nivel m3s alto de dependencia o necesidad. En consecuencia, es la presi3n por obtener esos determinados resultados junto a la ausencia de oportunidades lo que empuja a los deportistas hacia la infracci3n de las normas. En definitiva, podemos concluir que aquellos deportistas que encuentran limitadas sus oportunidades y que m3s intensamente dependen o necesitan obtener unos resultados determinados, son los que con mayor probabilidad tender3n a infringir los reglamentos o normas deportivas como medio m3s eficaz para alcanzar sus pretensiones.

DISCUSI3N Y CONCLUSIONES

El bloqueo de oportunidades se ha revelado como una fuente particular de frustraci3n especialmente crimin3gena (Burton y Cullen, 1992). Como mencionamos m3s arriba, se trata de una fuente de frustraci3n que, en s3 misma, suele ser percibida como injusta y grave, est3 asociada a un bajo control social y genera presi3n hacia la infracci3n (Agnew, 2007: 326-328). A mayor abundamiento, todas estas caracter3sticas o factores pueden estar m3s o menos presentes en el caso concreto. Es decir, como venimos manteniendo, la infracci3n de las normas es la respuesta menos frecuente a una situaci3n de frustraci3n. Por lo tanto, que finalmente una persona responda a una situaci3n de frustraci3n mediante la infracci3n depende, seg3n Agnew (2013), de una serie de factores. Como hemos revelado en este estudio, cuando la situaci3n de bloqueo de oportunidades afecta a objetivos o necesidades esenciales para el individuo suele generar una mayor presi3n hacia la infracci3n de las normas. En este sentido, decenas de estudios han revelado que las personas que perciben que se les est3 impidiendo o limitando el acceso a unos objetivos especialmente deseados (o necesitados) tienen una mayor tendencia a la infracci3n de las normas. Ello es as3, seg3n la TGF, porque la infracci3n de las normas, en esos casos, representa para los sujetos el medio id3neo m3s eficaz para superar las barreras que limitan o boquean sus oportunidades (ver Agnew, 2001; Merton, 1968).

En este estudio hemos confirmado estas hipótesis en el contexto de la competición deportiva y hemos revelado, por un lado, que el bloqueo de oportunidades, en línea con los reportado en otros estudios previos (también implementados en el ámbito del deporte) lleva a los deportistas a la infracción de las normas deportivas (Serrano Maíllo y Teijón Alcalá, 2019; Teijón Alcalá y Sillero Quintana, 2018; Teijón Alcalá y Serrano Maíllo, 2019; Teijón Alcalá, 2020). Por otro lado, de importancia más sustantiva, este estudio también ha dejado de manifiesto que el bloqueo de oportunidades lleva a la infracción de las normas en mayor medida cuando los deportistas dependen (profesional, personal y emocional) de unos resultados determinados.

Como se dijo más arriba, esta hipótesis sobre los efectos condicionantes de terceras variables no ha recibido un respaldo empírico tan sólido como la anterior, que ha sido mixto en el mejor de los casos (ver Agnew, 2013; Teijón Alcalá y Birkbeck, 2019). En este sentido, nuestros hallazgos nos permiten ofrecer una explicación tentativa de las razones de esta falta de apoyo empírico. El mismo podría ser consecuencia de que la mayoría de los estudios que han testado esta hipótesis de moderación en el marco de la TGF no han utilizado muestras específicas (generalmente emplean muestras de adolescentes estudiantes), se han centrado en medidas genéricas de delincuencia (robo, hurto, agresión, etc.) y no han contemplado fuentes de frustración específicas del contexto en el que se desarrollaba la investigación¹⁶. Es decir, en la mayoría de estos estudios existe escasa (en ocasiones nula) conexión contextual entre la muestra, el fenómeno objeto de investigación, las principales fuentes de frustración y los factores que condicionan la relación entre las dos últimas. Ello contrasta con el diseño del

¹⁶ Botchkovar et al, 2009, por ejemplo, utilizan una muestra obtenida a través de encuestas en hogares, utiliza 6 indicadores genéricos de frustración y 6 medidas generales de delincuencia. Como variables condicionantes se centran en la religiosidad y el autocontrol. Hoffmann y Su (1997), por su parte, utilizan una muestra de adolescentes y se centran en el género como variable condicionante. Además, utilizan situaciones estresantes cotidianas como fuentes de frustración. Como variable dependiente utilizan dos escalas, una de delincuencia violenta y otra de delitos contra la propiedad. Hoffmann y Miller (1998), en términos similares, analizan los efectos moderadores de la autoeficacia, la autoestima y tener amigos delincuentes. Mazerolle y Piquero (1997) con una muestra de estudiantes, analizan los efectos moderadores de las creencias morales y de la exposición a amigos delincuentes. También utilizan medidas de frustración y delincuencia genéricas.

presente estudio en el que nos hemos centrado en un ámbito muy específico, como es el de la actividad deportiva, y donde hemos adaptado todas nuestras variables de interés (dependientes, independiente y de control, especialmente las emociones negativas) al contexto propio en el que se desarrolla la investigación. Esta diferencia, para muchos autores, no debería ser determinante, ya que la TGF es presentada como una teoría general del delito diseñada para explicar cualquier forma de delincuencia (y de conducta desviada). Sin embargo, en este estudio consideramos que las asunciones de la teoría serán más ajustadas en la medida que se centren en esferas específicas de la actividad social (Merton, 1938, 1968), más si cabe si trata de un ámbito, como el del deporte, que, según el propio Merton (1968), representa una de esas esferas culturales, con estructura anómica, que promueve la desviación¹⁷.

Como advertimos más arriba, creemos que Agnew (2001, 2007) se muestra un tanto ambiguo y no profundiza ni enumera las fuentes de frustración que, por ejemplo, generan más presión hacia la desviación. En este aspecto, se limita a mencionar que existen unas características de algunas fuentes de frustración que, en sí mismas, representan un incentivo para la infracción. Sin embargo, Agnew (2013), salvo una breve referencia (algo de pasado) al hecho de que tener amigos delincuentes genera mayor presión o incentiva al delito, no especifica qué características o variables concretas ejercen esa mayor influencia. De hecho, los estudios implementados dirigidos a identificar las fuentes de frustración más criminógenas simplemente incluyen en sus análisis aquellas que han aparecido mayormente asociadas al delito, pero no explican por qué, cuándo o cómo esas características concretas generan mayor presión hacia el delito¹⁸.

¹⁷ Para Merton (1968), el ámbito del deporte tiene una estructura anómica, en donde la cultura dominante impone a todos los individuos unos ideales de éxito universales (la victoria), donde, además, pone un elevado énfasis en los resultados, pero que, en ocasiones, relativiza la importancia de los medios necesarios para su consecución (Teijón Alcalá, 2018).

¹⁸ En consecuencia, los estudios implementados al respecto se han limitado a incluir en sus investigaciones las fuentes de frustración que han considerado más criminógenas y han analizado su relación con diferentes conductas delictivas. Agnew (2001: 323-326) identifica hasta diez fuentes altamente criminógenas. Moon y sus colegas identificaron ocho (ver Moon, Morash et al., 2009; Moon, Hays et al., 2009), Paternoster y Mazerolle (1994), cuatro, y así, encontramos otros estudios. Prácticamente todos ellos señalan al bloqueo de frustración como una fuente de frustración criminógena.

Solamente Sigfusdottir et al. (2012: 118) llegan a afirmar que estas fuentes de frustración son «estresores extremos» que ponen en peligro el propósito de la mayoría de los principales objetivos de las personas. Por otro lado, como también hemos apuntado más arriba, la TGF no especifica el mecanismo causal mediante el que se produce esta relación. Esto es precisamente lo que hemos intentado hacer en el presente estudio. Aquí hemos asumido el carácter criminógeno del bloqueo de oportunidades y hemos tratado de explorar en qué medida y cómo, ciertas circunstancias, como la necesidad de alcanzar unos resultados determinados, genera una mayor presión hacia la infracción de las normas deportivas. Para ello, hemos analizado si existe una interacción entre bloqueo de oportunidades y necesidad de resultados en la predicción de conductas antideportivas. En este sentido, este estudio (que tengamos constancia) es el primero que, en el marco de la TGF, analiza los efectos moderadores de la necesidad de resultados en la relación entre frustración y desviación. Este aspecto representa una novedad relevante de la presente investigación, ya que los moderadores que han sido generalmente incluidos en otros estudios para evaluar esta hipótesis de la TGF proceden o constituyen los principales predictores del delito de otras importantes teorías criminológicas (Agnew, 1992, 2007, 2013)¹⁹. Por lo tanto, si bien nuestra variable moderadora (necesidad) no es de las explícitamente identificadas por Agnew (2007), su inclusión encuentra fundamento en el sustrato teórico de la TGF, lo que resulta verosímil a la luz de los resultados obtenidos en la presente investigación.

En definitiva, nuestros resultados parecen confirmar que, en efecto, ante una situación de bloqueo de oportunidades, la necesidad de alcanzar unos resultados determinados empuja o presiona a los deportistas hacia la infracción de las normas. Todo ello teniendo en cuenta o controlando por los efectos de otros importantes predictores del delito (propios de otras teorías criminológicas a nivel individual que también han recibido un importante apoyo empírico) y de otras variables sociodemográficas

¹⁹ Autoeficacia, autocontrol, apoyo social, control social (p. ej., vinculación con los padres, inversión en la escuela), asociación con delincuentes y creencias favorables sobre la delincuencia (Agnew, 2013, p. 653).

tradicionalmente asociadas al delito²⁰. Intuitivamente, como ya se ha dicho, se podr3a afirmar que la infracci3n de las normas en estos casos proporciona a los deportistas un medio m3s eficaz para el logro de sus objetivos deportivos, especialmente cuando depende de ellos (Merton, 1968).

En cualquier caso, estos resultados deben ser tomados con cautela ya que el dise1o de nuestro estudio presenta una serie de limitaciones que no podemos soslayar. En primer lugar y, principalmente, en lo que tiene que ver con la muestra utilizada. Ya hemos dicho que, por un lado, se trata de una muestra muy reducida, lo que implica que nuestros an3lisis presenten problemas de falta de potencia estadística. Este aspecto ha podido resultar especialmente relevante a la hora de calcular la regi3n de significancia mediante la t3cnica de *Johnson-Neyman* (ver Hayes, 2018: 259). Como hemos podido comprobar, en ambos modelos, especialmente en el segundo, la regi3n de significancia apenas incluye a unos pocos deportistas. En el primer modelo, como vimos, solamente alcanza a un 8,7% de la muestra, lo que solo incluye a 22 deportistas. En el segundo modelo, por su parte, la cifra es a3n menor, ya que solo llega a un 4% de la muestra, que son apenas un total de 10 deportistas. Por lo tanto, desde un punto de vista estadístico, las escasas observaciones en cada caso podr3an haber influido en (la potencia estadística de) nuestras estimaciones. Sin embargo, desde un punto de vista te3rico, se trata de un hallazgo que se ajusta a lo esperado por la teor3a. Es decir, la frustraci3n, merece la pena insistir, no lleva siempre y necesariamente a la infracci3n de la norma, que suele ser la opci3n menos frecuente, sino que esto ocurre en mayor medida cuando existen otras variables o circunstancias que influyen en la relaci3n. En lo que a este estudio se refiere, ya hemos visto que los deportistas que encuentran limitadas sus oportunidades de 3xito deportivo (frustraci3n) cometen conductas antideportivas en mayor medida cuando dependen o necesitan alcanzar unos resultados determinados. Si analizamos las circunstancias en las que se produce ese bloqueo de oportunidades, observamos que

²⁰ La inclusi3n de estas variables, especialmente las emociones negativas, que para la TGF tienen un papel determinante en el proceso causal (Agnew, 1992) nos ha permitido descartar que la asociaci3n entre nuestras variables de inter3s se deba a problemas de espuriedad o «confounding» (MacKinnon, Krull y Lockwood, 2000).

los ítems hacen referencia a oportunidades que son limitadas por carecer de medios, haber tenido mala suerte, lesiones o la intervención de otras personas o circunstancias. Es decir, los deportistas perciben que su situación es injusta, ya que su falta de éxito se debe a que ciertas personas o circunstancias se lo están impidiendo o limitando. Por otro lado, además de esta percepción de bloqueo de oportunidades, los deportistas deben revelar una fuerte necesidad o dependencia de resultados, algo que quizá es más habitual entre deportistas con un cierto nivel y no tanto entre aquellos que practican deporte a nivel amateur, popular o aficionado. Por lo tanto, solo aquellos deportistas que perciben ese bloqueo de oportunidades y que, en mayor medida, dependen de sus resultados tenderán a infringir las normas, generalmente, como dijimos, con la intención de superar las barreras que limitan sus oportunidades y con el objetivo de alcanzar sus resultados deseados. Esto implica que, tal y como hemos encontrado en este trabajo, solo unos pocos deportistas se encuentren ante esta situación, y, por lo tanto, son muy pocos los que finalmente terminen infringiendo las normas.

Otra importante limitación tiene que ver con que los participantes en la muestra no han sido seleccionados por criterios aleatorios. En consecuencia, no estamos ante una muestra representativa de la comunidad de deportistas, lo que no nos permite generalizar los resultados a todos los miembros de esa comunidad. No obstante, en este trabajo no se buscaba la generalización de resultados, sino la contrastación empírica de hipótesis. En este sentido, la muestra fue diseñada con la finalidad de maximizar la variabilidad de datos y cuenta con observaciones suficientes para testar nuestras hipótesis de interés (Serrano Maíllo, 2018: 96).

BIBLIOGRAFÍA

- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47-88.
- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(4), 319-361.

- Agnew, R. (2007). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Oxford University Press, USA.
- Agnew, R. (2013). When criminal coping is likely: An extension of general strain theory. *Deviant Behavior*, 34(8), 653-670.
- Agnew, R. y White, H. R. (1992). An empirical test of general strain theory. *Criminology*, 30(4), 475-500.
- Akers, R. L. (1998). *Social learning and social structure: a general theory of crime and deviance*. Boston: Northeastern University Press.
- Bandalos, D. L. y Finney S. J. (2018). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. En Gregory R. Hancock y Ralph O. Mueller (Eds.), *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in the Social Sciences* (pp. 98-122), New York: Routledge.
- Baron, S. W. (2009). Street youths' violent responses to violent personal, vicarious, and anticipated strain. *Journal of Criminal Justice*, 37(5), 442-451.
- Baron, S. W. (2019a). Police strain, negative emotions, criminal propensity, and criminal coping. *American Journal of Criminal Justice*, 1-24.
- Baron, S. W. (2019b). Strain, criminal propensity, and violence: examining the role of the composite moderator in Agnew's extension to GST. *Crime & Delinquency*, 65(6), 801-821.
- Baron, S. W. y Hartnagel, T. F. (2002). Street youth and labor market strain. *Journal of Criminal Justice [H.W.Wilson - SSA]*, 30(6), 519.
- Burton Jr, V. S., Cullen, F. T., Evans, T. D. y Dunaway, R. G. (1994). Reconsidering strain theory: Operationalization, rival theories, and adult criminality. *Journal of Quantitative Criminology*, 10(3), 213-239.
- Botchkovar, E. V., Tittle, C. R. y Antonaccio, O. (2009). General Strain Theory: Additional evidence using cross-cultural data. *Criminology*, 47(1), 131-176.
- Capowich, G. E., Mazerolle, P. y Piquero, A. (2001). General strain theory, situational anger, and social networks: An assessment of conditioning influences. *Journal of Criminal Justice*, 29(5), 445-461.

- Connor, J. M. (2009). Towards a sociology of drugs in sport. *Sport in Society*, 12(3), 327-328.
- Craig, J. M., Cardwell, S. M. y Piquero, A. R. (2017). The effects of criminal propensity and strain on later offending. *Crime & Delinquency*, 63(13), 1655-1681.
- Gaskin, C. J., y Happell, B. (2014). On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *International journal of nursing studies*, 51(3), 511-521.
- Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, Jr, R. J. y Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30(1), 5-29.
- Gottfredson, M. R., y Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Hay, C. (2003). Family strain, gender, and delinquency. *Sociological Perspectives*, 46(1), 107-135.
- Hay, C. y Evans, M. M. (2006). Violent victimization and involvement in delinquency: Examining predictions from general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 34(3), 261-274.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. 2ª ed. New York; London: The Guilford press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hoffmann, J. P. y Miller, A. S. (1998). A latent variable analysis of general strain theory. *Journal of quantitative criminology*, 14(1), 83-110.
- Hoffmann, J. P. y Su, S. (1997). The conditional effects of stress on delinquency and drug use: A strain theory assessment of sex differences. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34(1), 46-78.

- Jang, S. J. y Song, J. (2015). A "rough test" of a delinquent coping process model of general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 43(6), 419-430.
- Lin, W. y Mieczkowski, T. (2011). Subjective strains, conditioning factors, and juvenile delinquency: general strain theory in Taiwan. *Asian Journal of Criminology*, 6(1), 69-87.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hern3ndez-Baeza, A. y Tom3s-Marco, I. (2014). El an3lisis factorial exploratorio de los 3tems: una gu3a pr3ctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicolog3a/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, Pere J. (2015). POLYMAT-C: A comprehensive SPSS program for computing the polychoric correlation matrix. *Behavior research methods*, 47(3), 884-889.
- MacKinnon, D. P., Jennifer L. K. y Chondra, M. L. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science*, 1(4), 173-181.
- Mazerolle, P. y Maahs, J. (2000). General strain and delinquency: An alternative examination of conditioning influences. *Justice Quarterly*, 17(4), 753-778.
- Mazerolle, P. y Piquero, A. R. (1997). Violent responses to situations of strain: A structural examination. *Justice Quarterly*, 15, 65-91.
- Mazerolle, P. y Piquero, A. (1998). Linking exposure to strain with anger: An investigation of deviant adaptations. *Journal of Criminal Justice*, 26(3), 195-211.
- M3ndez Mart3nez, C. y Rond3n Sep3lveda, M.A. (2012). Introducci3n al an3lisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatr3a*, 41(1), 197-207.
- Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
- Merton, R. K. (1968). Social structure and anomie. En R. K. Merton (Ed.), *Social theory and social structure* (Enlarged edition ed., pp. 185-214). New York: Free Press.
- Moon, B., Morash, M., McCluskey, C. P. y Hwang, H. (2009). A comprehensive test of general strain theory: Key strains, situational-and trait-based negative emotions, conditioning

- factors, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 46(2), 182-212.
- Moon, B., Blurton, D. y McCluskey, J. D. (2008). General Strain Theory and delinquency: Focusing on the influences of key strain characteristics on delinquency. *Crime & delinquency*, 54(4), 582-613.
- Moon, B., Hays, K. y Blurton, D. (2009). General Strain Theory, key strains, and deviance. *Journal of criminal justice*, 37(1), 98-106.
- Mooney, C. Z. y Duval, R. D. (1993). *Bootstrapping: A nonparametric approach to statistical inference* (No. 95). Sage.
- Ousey, G. C., Wilcox, P. y Schreck, C. J. (2015). Violent victimization, confluence of risks and the nature of criminal behavior: Testing main and interactive effects from Agnew's extension of General Strain Theory. *Journal of Criminal Justice*, 43(2), 164-173.
- Paternoster, R. y Mazerolle, P. (1994). General Strain Theory and delinquency: A replication and extension. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 31(3), 235-263.
- Piquero, N. L. y Sealock, M. D. (2000). Generalizing General Strain Theory: An examination of an offending population. *Justice Quarterly*, 17(3), 449-484.
- Robles, J., Abad, M. T., Giménez, F. J. Giménez Fuentes-Guerra, F. (2009). Concepto, características, orientaciones y clasificaciones del deporte actual. *Revista Digital*, 14(138), 1-1.
- Serrano Maíllo, A. (2018). Crime contemplation and self-control: A test of Situational Action Theory's hypothesis about their interaction in crime causation, *European Journal of Criminology*, 15, 93-110.
- Serrano Maíllo, A. y Teijón Alcalá, M. (2019). Efectos indirectos de la frustración sobre la desviación en el ámbito deportivo profesional y semiprofesional. Un enfoque de ecuaciones estructurales. *Revista electrónica de criminología*, 1(4). 1-11.
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L. y Agnew, R. (2012). A comparative analysis of general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 40(2), 117-127.

- Sutherland, E. H. (1934). *Principles of criminology* (2ª ed.). Chicago y Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Teijón Alcalá, M. (2020). El rol de la frustración y otras emociones negativas en las conductas ilícitas asociadas a la práctica deportiva. Un estudio empírico con una muestra de deportistas en activo, *Sociología del Deporte*, 1(1), 61-75.
- Teijón Alcalá, M. Birkbeck C. (2019). Victimization, crime propensity and deviance: a multinational test of general strain theory. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 35(4).
- Teijón Alcalá, M. y Serrano Maíllo, A. (2019). Bloqueo de oportunidades y emociones negativas en la causación del delito. Un test de la teoría general de la frustración. *Cuadernos de política criminal*, 127(l), 177-201.
- Teijón Alcalá, M. y Sillero Quintana, M. (2018). Anomia, frustración y desviación. Un test de las teorías clásicas de la frustración a nivel individual. *InDret*, 3(18), 1-22.
- Turanovic, J. J., y Pratt, T. C. (2013). The consequences of maladaptive coping: Integrating general strain and self-control theories to specify a causal pathway between victimization and offending. *Journal of Quantitative Criminology*, 29(3), 321-345.
- Wikström, P-OH., Oberwittler, D., Treiber, K., y Hardie, B. (2012). *Breaking rules: The social and situational dynamics of young people's urban crime*. Oxford: Oxford University Press.
- Willits, D. (2019). Violent propensity, strain, and violent intentions: A test of Agnew's revised conditioning hypothesis. *Deviant Behavior*, 40(1), 122-137.
- Yukhymenko-Lescroart, M. A. (2015). Is winning the only thing? Development of the conduct in sport toward opponents scale (CSOS). *Athletic Insight* 7(1), 19-32.

ANEXO I. CUESTIONARIO UTILIZADO

1. Indica el tipo de deporte que practicas con mayor habitualidad (todas las preguntas del presente cuestionario estarán relacionadas con el deporte que hayas seleccionado).

- 1.1. *Deporte individual sin oponente (running, atletismo, crossfit, culturismo, musculación, fitness, natación, ciclismo, triatlón, duatlón, patinaje, etc.).*
- 1.2. *Deporte individual con oponente (tenis, boxeo, lucha libre, esgrima, artes marciales -judo, kárate-, etc.).*
- 1.3. *Deporte colectivo de oposición (fútbol, béisbol, rugby, baloncesto, balonmano, voleibol, etc.).*
- 1.4. *Deporte colectivo de cooperación (gimnasia rítmica, gimnasia deportiva, remo, natación sincronizada, etc.).*

2. Indica el nivel al que habitualmente compites o practicas ese deporte.

Escala de respuesta: 1. Local/Provincial; 2. Regional/Autónomo; 3. Nacional; 4. Internacional.

3. Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

- 3.1. *Mi futuro deportivo o incluso profesional depende de mis resultados deportivos.*
- 3.2. *Mis objetivos personales dependen de mis resultados deportivos.*
- 3.3. *Mi nivel de bienestar emocional depende de mis resultados deportivos.*

Escala de respuesta: 1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo.

4. Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

- 4.1. *Me he cabreado bastante cuando he perdido o he tenido una mala actuación.*

- 4.2. *Me he sentido disgustado, triste o abatido cuando he perdido o he tenido una mala actuaci3n.*
- 4.3. *Me ha costado conciliar el sue3o despu3s de haber perdido o haber tenido una mala actuaci3n.*
- 4.4. *He sentido desesperaci3n, decepci3n o impotencia cuando he perdido o he tenido una mala actuaci3n.*
- 4.5. *He sentido mucha ansiedad antes de una prueba, partido, competici3n, etc.*
- 4.6. *Me he sentido inseguro cuando se acercaba una prueba, partido, competici3n, etc., y no he podido entrenar en condiciones.*
- 4.7. *Creo que he tenido mala suerte con las lesiones u otras circunstancias y por eso no he podido alcanzar mis metas deportivas.*
- 4.8. *Veo pr3cticamente imposible superar mis mejores resultados m3s recientes.*
- 4.9. *Creo que hay otros deportistas o equipos que me van a impedir volver a alcanzar mis mejores resultados m3s recientes.*
- 4.10. *Ciertas personas o circunstancias ajenas a m3 han impedido que alcance mis objetivos deportivos.*
- 4.11. *No he alcanzado mis objetivos deportivos al no disponer de medios o instalaciones adecuadas.*

Escala de respuesta: 1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo.

5. 3Cu3ntas veces en el 3ltimo a3o has realizado alguna de las siguientes conductas?

- 5.1. *Consumir sustancias prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento f3sico, a mejorar la recuperaci3n o bien para recuperarte de alguna lesi3n o enfermedad.*
- 5.2. *Realizar actividades prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento f3sico, a mejorar la recuperaci3n o bien para recuperarte de alguna lesi3n o enfermedad.*
- 5.3. *Aprovecharse de circunstancias del rival o de la competici3n faltando a las reglas del fairplay.*

- 5.4. *Infringir de forma mal intencionada las normas o reglamentos del deporte que practicas.*
- 5.5. *Consumir algún tipo de droga, antidepresivos o alcohol después de haber tenido una mala actuación o resultado.*
- 5.6. *Actos antideportivos de agresión física o verbal hacia compañeros, rivales, entrenadores, árbitros, jueces, colaboradores, público, etc.*

Escala de respuesta: Número de veces.

6. ¿Conoces o tienes relación con personas que en el último año hayan realizado alguna de las conductas anteriores?

- 6.1. *Consumir sustancias prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarte de alguna lesión o enfermedad.*
- 6.2. *Realizar actividades prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarte de alguna lesión o enfermedad.*
- 6.3. *Aprovecharse de circunstancias del rival o de la competición faltando a las reglas del fairplay.*
- 6.4. *Infringir de forma mal intencionada las normas o reglamentos del deporte que practicas.*
- 6.5. *Consumir algún tipo de droga, antidepresivos o alcohol después de haber tenido una mala actuación o resultado.*
- 6.6. *Actos antideportivos de agresión física o verbal hacia compañeros, rivales, entrenadores, árbitros, jueces, colaboradores, público, etc.*

Escala de respuesta: Número de amigos.

7. ¿Cómo de correcto o incorrecto es realizar alguna de las conductas anteriores?

- 7.1. *Consumir sustancias prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarte de alguna lesión o enfermedad.*
- 7.2. *Realizar actividades prohibidas dirigidas a aumentar el rendimiento físico, a mejorar la recuperación o bien para recuperarte de alguna lesión o enfermedad.*

7.3. *Aprovecharse de circunstancias del rival o de la competición faltando a las reglas del fairplay.*

7.4. *Infringir de forma mal intencionada las normas o reglamentos del deporte que practicas.*

7.5. *Consumir algún tipo de droga, antidepresivos o alcohol después de haber tenido una mala actuación o resultado.*

7.6. *Actos antideportivos de agresión física o verbal hacia compañeros, rivales, entrenadores, árbitros, jueces, colaboradores, público, etc.*

Escala de respuesta: 1. *Muy incorrecto*; 2. *Incorrecto*; 3. *Ni correcto ni incorrecto*; 4. *Correcto*; 5. *Muy correcto*.

8. Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

8.1. *Cuando me enfado de verdad, lo mejor es no acercarse a mí.*

8.2. *A menudo actúo de imprevisto, sin detenerme a pensar lo que voy a hacer.*

8.3. *En ocasiones me parece excitante hacer cosas que son peligrosas.*

8.4. *No le dedico mucho tiempo ni esfuerzo a prepararme para mi futuro.*

8.5. *A veces tomo algún riesgo simplemente porque me parece divertido.*

8.6. *Nunca pienso qué me pasará en el futuro.*

8.7. *A menudo me aburro con las cosas.*

8.8. *Suelo perder el control con bastante facilidad.*

Escala de respuesta: 1. *Muy en desacuerdo*; 2. *En desacuerdo*; 3. *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*; 4. *De acuerdo*; 5. *Muy de acuerdo*.

9. Sexo:

Escala de respuesta: 1. *Hombre*; 2. *Mujer*.

10. Edad:

Escala de respuesta: número de años cumplidos.

Personas sin techo y espacio público. Un estudio de caso de la ciudad de Alcalá de Henares

MARÍA JOSÉ RUBIO-MARTÍN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA: METODOLOGÍA Y TEORÍA
majrubio@ucm.es

Resumen: En el marco de la sociología del sinhogarismo se viene afirmando que la creciente expansión del neoliberalismo económico conlleva una nueva criminalización y segregación de las personas sin techo. Este proceso se materializa, entre otras formas, mediante el control y la regulación del espacio público. A través de un estudio de caso, este artículo expone una investigación de carácter exploratorio realizada en Alcalá de Henares (Madrid). La metodología de investigación combina datos cuantitativos (obtenidos de la única fuente de datos sobre personas sin hogar que existe en esta ciudad), e información cualitativa recabada a través de la realización de entrevistas semiestructuradas y observación no participante. Los resultados muestran una progresiva “expulsión” de las personas sin techo del centro de la ciudad

hacia las zonas más degradadas de la ciudad. A la par, este proceso convive con actuaciones sociales que tratan de atender a estas personas. Se constata una situación tensa entre diferentes actores e intereses en relación al espacio público, que debería ser abordada para garantizar el derecho de todos a la ciudad y contrarrestar actitudes de rechazo hacia la pobreza más extrema.

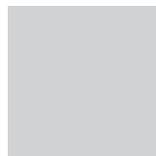
Palabras clave: personas sin techo, espacio público, neoliberalismo, criminalización, segregación..

A case study for the city of Alcalá de Henares

Abstract: Within the framework of the sociology of homelessness it is increasingly stated that the growing expansion of economic neoliberalism involves a new form of criminalisation and segregation of homeless people. This process is mainly perceived through the control and regulation of public space. This article presents exploratory research from a case study conducted in Alcalá de Henares (Madrid). The research methodology combines quantitative data (obtained from the sole source of data on homeless people that exists in this city), and qualitative information gathered in semi-structured interviews and non-participant observation. The results show the progressive “expulsion” of homeless people from the city centre to the most downtrodden areas of the city. At the same time, this process exists in conjunction with social actions that attempt to look after such people. A tense situation is observed between different agents and interests in relation to public space, which needs to be addressed in order to guarantee everyone’s right to the city and counteract attitudes of rejection manifested towards cases of abject poverty.

Key words: Homeless people, public space, neoliberalism, criminalisation, segregation.

Personas sin techo y espacio público. Un estudio de caso de la ciudad de Alcalá de Henares



María José
Rubio-Martín

https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2021426236

Recibido: 26/04/2021

Aceptado: 14/10/2021

INTRODUCCIÓN

Ciudad, espacio público y ciudadanía son tres conceptos unidos por una relación dialéctica. Los valores asociados a la ciudad dependen de que su espacio público cumpla no sólo una función física sino política, social y cultural que promuevan y faciliten la socialización, la participación y la heterogeneidad de la presencia (Mazza, 2009).

Sin embargo, la ciudad postmoderna también representa el ambiente natural donde se difunde el miedo o, mejor dicho, el riesgo y la inseguridad vital que resulta de las condiciones materiales y culturales de nuestra época (Beck, 1998; Heinz, 2017). La incertidumbre que se desprende de un mercado laboral y de unas relaciones familiares y sociales cada vez más inestables, así como la desconfianza hacia las instituciones y la clase política, tienden a proyectarse sobre determinadas conductas o infracciones de grupos de población pertenecientes a las capas más bajas de la sociedad debido a que son más visibles que otras (Wacquant, 2012).

De forma paralela, la expansión del neoliberalismo económico suele implicar una merma de las funciones del Estado en el

ámbito económico y social (delegándolas en el mercado), frente a un incremento de las mismas en el área de la seguridad ciudadana mediante la aplicación de diferentes medidas punitivas y securitarias, algunas de las cuales terminan por criminalizar y segregar (“penalizar”, “desplazar”, “expulsar”) a ciertas personas o colectivos sociales. Muchas de nuestras ciudades participan de esa lógica. Al estar orientadas hacia una economía basada en el sector servicios (el consumo y la industria del turismo, sobre todo), las políticas urbanas se diseñan en buena medida desde esa perspectiva, y tanto los procesos de reconversión como las medidas de control y seguridad terminan siendo una consecuencia de las tendencias de apropiación económica y privada del espacio público (Mansilla et al., 2021). Entre esos procesos y medidas cabe destacar: la gentrificación, el “saneamiento” de las áreas comerciales y turísticas, la elaboración de ordenanzas municipales de convivencia y reglamentos de policía urbana que prohíben y sancionan determinadas conductas y “usos impropios” del espacio público, la instalación del mobiliario urbano hostil (bancos con separación de asientos, pinchos metálicos y bolardos, superficies inclinadas que impiden tomar asiento o recostarse) y la continua vigilancia y presencia de patrullas policiales en determinadas áreas (Davis, 2001). Todos ellos marcan usos legítimos e ilegítimos, aperturas y restricciones del espacio público, de tal manera que el desplazamiento del “otro” termina por no garantizar un estatuto real de ciudadanía. En su lugar, los conceptos de control y seguridad se convierten en una prioridad de las políticas de gestión de las ciudades (Low y Smith, 2006; Mitchell, 2003).

Para algunos autores (Davis, 2001; Mitchell, 2003) ese deterioro se ve reflejado en la criminalización y segregación de las personas sin techo (en adelante PST). El debate académico comenzó en los Estados Unidos en el umbral del siglo XX y, como señala O’Sullivan (2012), el discurso dominante ha seguido estos planteamientos. La hegemonía de la lógica neoliberal sería la causa principal de un giro punitivo que tiene como objetivo expulsar a la pobreza más extrema y visible del espacio público¹. La teoría de las “Ventanas Rotas” (Kelling y Cole, 1996) o la doctrina

¹ Para autores como Wright (2000), el aumento del *sinhogarismo* en el plano internacional sería una consecuencia del declive del Estado del Bienestar y del continuo auge de las tesis neoliberales.

de la “Tolerancia Cero” serían las precursoras de unas políticas de gestión de la pobreza, que incluyen un abanico de prohibiciones y restricciones: mendigar o dormir en la vía pública, tumbarse en un banco, reubicar los albergues para personas sin hogar en el extrarradio de las ciudades, etc.

Sin negar esas tendencias, en esta investigación partimos de la conjetura de que si se hacen análisis empíricos locales (si se va a la fotografía de plano corto), en la práctica lo que se puede observar son diferentes políticas que van desde posiciones más punitivas hasta estrategias más moderadas que entremezclan medidas de atención social junto a otras de tipo más disciplinario y de control. Como señalan autores como Huey (2009) o Tosi (2007), al igual que en los Estados Unidos, la penalización de las PST también es un hecho en Europa pero bajo formas y grados diferentes. En este sentido, más que de generalización, lo que se debería hablar es de “una metamorfosis vacilante, incompleta, fragmentaria, contradictoria y controvertida” (Rose, 2000: 322) que oscila entre la atención social y la penalización. De hecho, en la última década y a instancias del Parlamento Europeo², tanto en España como en otros países europeos se han diseñado estrategias nacionales de lucha contra el sinhogarismo³, que tratan de superar esos enfoques basados en Políticas de Tolerancia Cero y de mera atención asistencial y de emergencia. También, por ejemplo, recientemente el Congreso ha aprobado la introducción en el Código Penal de la aporofobia como agravante de los delitos de odio. Precisamente, las PST son uno de los colectivos más afectados por este rechazo a los más pobres⁴.

Para abordar empíricamente este planteamiento realizamos un estudio de caso centrado en la ciudad de Alcalá de

² Resoluciones 16 de Diciembre de 2010 y 6 de Septiembre de 2011 sobre la estrategia de la Unión Europea en relación con las personas sin hogar, y Resolución de 11 de junio de 2013 sobre vivienda social.

³ La Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 fue aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre de 2015, y trata de ser el instrumento para crear un marco integral de actuación con las personas sin hogar. Actualmente se está diseñando una nueva estrategia que la sustituya y amplíe su contenido.

⁴ Según el Observatorio Hatento (2015), el 47% de las PSH han sufrido algún delito de odio.

Henares⁵ (Madrid), que tiene como objetivo principal averiguar si en el marco de la nueva estrategia de desarrollo urbano que se está acometiendo en esta ciudad (Ayuntamiento de Alcalá de Henares, 2014) se detectan signos de criminalización y segregación de las PST en el espacio público. De forma más específica se busca describir y analizar: (i) la presencia de las PST en el espacio público de la ciudad; (ii) los principales cambios que podrían estar provocando esas tendencias criminalizadoras y segregadoras; y (iii) la existencia de posibles acciones institucionales o de entidades sociales que las contrarresten. Para conseguir tal propósito, primero hacemos una descripción de las características de las PSH que viven en esta ciudad, así como del uso que hacen del espacio público. Después, damos cuenta de las principales transformaciones urbanísticas dirigidas a renovar la imagen de la ciudad y hacerla más atractiva para el consumo y el turismo (principalmente en el centro histórico-cultural). En un tercer apartado se examina un tipo de norma en vigor (la Ordenanza municipal para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Alcalá de Henares), que puede afectar enormemente a las PST debido a su dependencia del espacio público. Para finalizar, en las conclusiones se remarca la actual tensión de fuerzas entre lo punitivo y lo social, y se señala la necesidad de reforzar y desarrollar nuevas intervenciones sociales.

METODOLOGÍA

Esta investigación es una aproximación de carácter exploratorio y descriptivo basada en un estudio de caso. Los criterios de selección de la ciudad de Alcalá de Henares han sido principalmente tres: (i) Ser un municipio con casco histórico-cultural relevante, que está siendo revalorizado como estrategia para la dinamización económica. (ii) Haber sufrido los efectos económicos de la crisis de 2008, que han repercutido significativamente en los colectivos más vulnerables. (iii) Ser una ciudad de tamaño

⁵ Alcalá de Henares es una ciudad española situada en el este de la Comunidad de Madrid. Según el Padrón municipal, a 1 de enero de 2020, contaba con 197.562 habitantes. Está situada a una distancia de 31 Km. de Madrid. Forma parte del denominado Corredor del Henares, un eje residencial, empresarial e industrial desarrollado en la vega del río Henares.

pequeño-mediano (100.000-250.000 habitantes), lo que a criterio de la Comisión Europea la posiciona en un lugar “esencial para lograr un desarrollo equilibrado, cohesionado y sostenible” (Comisión Europea, 2011: 34).

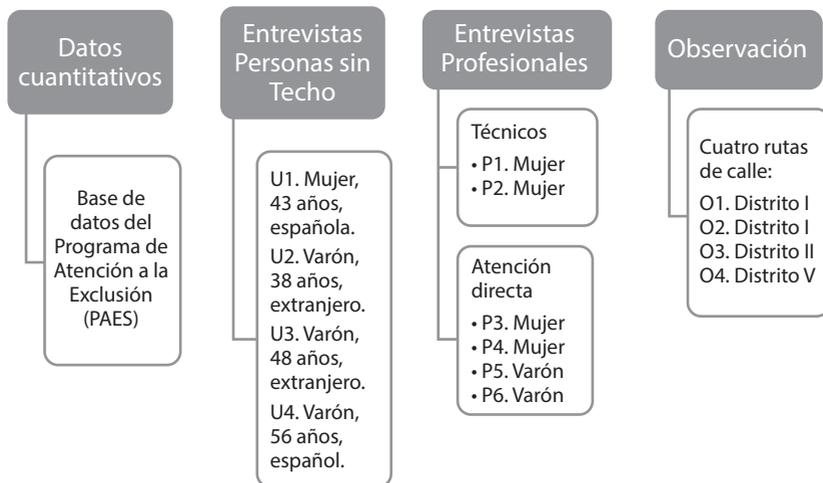
Para la realización de la investigación se ha empleado una metodología mixta. Se han reelaborado los registros estadísticos de la base del Programa de Atención a la Exclusión Social (PAES)⁶, única fuente de datos sobre el problema con la que cuenta Alcalá. Además, se han realizado diez entrevistas abiertas: cuatro a PST y seis a profesionales. En la selección de PST se combinaron las variables “sexo” y “nacionalidad”, incluyendo un mayor número de varones debido a su peso en el conjunto. En cuanto a los profesionales, se escogió por un lado a responsables técnicos de la administración pública y de entidades sociales con la finalidad de que pudieran ofrecer una perspectiva más macro (política). Por otro lado, se seleccionaron a profesionales de ambos ámbitos (público/privado) que trabajan en la atención directa con PST para obtener una visión más cercana (micro) de su realidad cotidiana. Tanto unos como otros compartían el rasgo de haber tenido una formación relacionada con el Trabajo Social y/o la Educación Social (Tabla 1). Previo a la realización de las entrevistas se realizó un guion de puntos estructurado en diferentes bloques temáticos: Profesionales (Actualidad y evolución del problema. Cambios en la ciudad. Políticas y medidas. Necesidades y propuestas). Usuarios (Rutinas diarias. Movilidad voluntaria o forzada. Percepción del trabajo de los profesionales que trabajan con PSH. Percepción de las actitudes del vecindario. Necesidades y propuestas).

También se ha efectuado observación no participante acompañando en cuatro rutas de calle a dos entidades sociales que trabajan con PST en medio abierto. Para ello se han elegido diferentes contextos (distritos) y franjas horarias diferenciando entre mañana y tarde. A lo largo de las rutas de observación se tomaron notas de campo. Las entrevistas fueron realizadas entre junio de 2019 y enero de 2020, mientras que la observación se concentró en los meses de junio, julio y septiembre de 2019. La articulación de técnicas cuantitativas y cualitativas nos ha permitido medir

⁶ Este programa, aunque de titularidad municipal, está gestionado por una entidad social (ámbito privado).

el problema de las PSH en Alcalá, y hacer una primera aproximación tanto a su dimensión física/espacial como al significado social de la presencia y el uso del espacio público por parte de estas personas.

Tabla 1. Metodología



Fuente: Elaboración propia.

Tomando como referencia la definición operativa de la Tipología Europea del Sinhogarismo y la Exclusión Residencial (ETHOS en sus siglas en inglés)⁷, en este artículo nos centramos en el subgrupo de las PST. Sin embargo, no hemos adoptado la categoría de una forma estricta debido a que con ella nos referirnos a quienes viven y duermen literalmente al raso (*roofless*) en algún espacio público (calle, parque, descampado, entrada de algún local comercial, etc.), excluyendo a aquellos que pernoctan en algún albergue de emergencia y se ven obligados a abandonarlo durante el día. De esta manera, hemos pretendido acercarnos a la cuestión del uso del espacio público desde la perspectiva de quienes se ven obligados a vivir y dormir literalmente en él.

⁷ European Typology on Homelessness and housing exclusion (ETHOS). <https://www.feantsa.org/>

Utilizamos indistintamente los conceptos PST y personas en situación de calle. Por su parte, cuando empleamos el concepto personas sin hogar (PSH) o sinhogarismo nos estamos refiriendo al conjunto formado tanto por las PST como por aquellas que se alojan temporalmente en algún albergue o pensión costeadas por una organización social u organismo público⁸.

RESULTADOS

Las personas sin techo y el uso del espacio público

Alcalá de Henares es el municipio con más PST de la Comunidad de Madrid (después de Madrid), lo que en buena medida se corresponde con su peso poblacional (el tercero de la región madrileña)⁹. El único recuento nocturno de PST realizado (diciembre de 2016) concluía que en una noche cualquiera en Alcalá había alrededor de 75 personas durmiendo a la intemperie (Cabrera, Muñoz, Sánchez y Rubio, 2017). Esa estimación coincide con la realizada por los técnicos del PAES, quienes en el mes de octubre de 2019 tenían registrados 35 asentamientos¹⁰ relativamente estables en los que pernoctaban alrededor de 70 personas. Si a esta cifra le sumamos las personas que se alojan en algún albergue u otro recurso de estancia temporal o de emergencia, por aquella fecha en Alcalá había alrededor de 140 personas sin hogar.

Siguiendo el patrón general de este fenómeno social, la mayoría de las PSH de Alcalá son varones (76,57%). Sin embargo, la feminización del sinhogarismo también puede apreciarse en esta ciudad donde el porcentaje de mujeres sin hogar es cuatro puntos superior al que reflejaba la última encuesta del INE (2012). Por lo que se refiere a la edad, las cohortes mayoritarias son las comprendidas entre 41-50 años (34,8%) y 51-65 años (27,87%). Comparado con los datos nacionales, las PSH de Alcalá cuentan con una edad media mayor, lo que puede estar asociado al desempleo de larga duración y a los efectos de la crisis de 2008,

⁸ Categorías 1 (“Sin techo”) y 2 (“Sin vivienda”) de ETHOS.

⁹ Alcalá de Henares es el municipio más poblado de la Comunidad de Madrid (197.562), tras Madrid (3.334.730) y Móstoles (206.589). <https://www.ine.es/>

¹⁰ El programa PAES entiende por asentamiento el espacio público ocupado por una o varias personas como lugar de referencia para la pernocta, ya sea en algún soportal, parque, descampado o construcción abandonada.

que dejó sin trabajo y sin posibilidad de reenganche a muchos trabajadores con baja cualificación laboral.

En cuanto a la nacionalidad, sólo algo más de la mitad son españoles (50,46%). Proporcionalmente, a pesar del descenso del número de emigrantes en los últimos años motivado por los efectos de la crisis de 2008, la cuestión del sinhogarismo sigue encarnándose principalmente en los extranjeros. Por nacionalidades, el 14,41% son rumanos, el 9,45% marroquí, el 4,95% nigerianos, el 5,45% subsaharianos, el 4,95% polacos y el resto latinoamericanos y otros ciudadanos comunitarios.

Del total de PST en Alcalá, aproximadamente la mitad se encuentran en situación de calle. Una cifra sensiblemente más alta, por ejemplo, que la del municipio de Madrid, donde según el último recuento nocturno el 21,6% de las PST dormían al raso (Muñoz, Cabrera y Sánchez, 2019), mientras que el resto lo hacía en algún albergue, pensión o vivienda gestionada por alguna entidad u organismo. Probablemente, esta sobrerrepresentación de PST en Alcalá se debe a la falta de plazas de alojamiento para PST no sólo en esta ciudad sino en el resto de los municipios de la Comunidad de Madrid.

La distribución geográfica de las PST se reparte principalmente en dos zonas: el Distrito I (“Centro”) y el Distrito II (“Reyes Católicos”). El primero acoge el casco histórico de la ciudad, y en él se encuentra tan sólo una quinta parte de los asentamientos donde individualmente o en pequeños grupos pernoctan las PST (7 de un total de 35 asentamientos en toda Alcalá). Pero, solo 1 de esos 7 asentamientos se ubica en el casco histórico, situándose el resto al fondo del principal parque de la ciudad (Parque O’Donell), en otros parques o en los alrededores del río Henares colindantes con el Distrito II. Todos ellos lugares alejados del núcleo más turístico y transitado.

No obstante, el flujo de turistas y demás transeúntes del casco histórico atrae a numerosas personas que ejercen la mendicidad bajo los soportales de la calle Mayor o en otras vías que desembocan en la plaza principal de Alcalá (Plaza de Cervantes). El hecho de que muchas de esas personas tengan un domicilio hace que las PST se distancien física y discursivamente de ellos. A partir de la dicotomía mendigos domiciliados vs. personas sin

techo, estos últimos se autoperciben con mayor legitimidad para tener un lugar en el espacio público:

Esos no vienen aquí más que a pedir, tienen casa y hasta pensión, no tienen vergüenza (U.4).

De alguna manera, para quien trata de sostener una identidad tan deteriorada, defender su derecho a ocupar un lugar en la sociedad, aunque sea en la calle, supone caracterizar negativamente a los otros enfatizando la propia superioridad moral (Bachiller, 2016). Como algunos estudios han explicado, tanto en el imaginario colectivo como en el de las propias PST existe un vínculo que relaciona la legitimidad entre encontrarse sin hogar y pedir limosna, proyectándose en la figura de la PST al mendigo genuino (Fitzpatrick y Kennedy, 2001).

Si el Distrito I (“Centro”) es la zona de la mendicidad y del deambular durante el día, el Distrito II (“Reyes Católicos”) es el escenario de los asentamientos pernocta (14 asentamientos de un total de 35). Un paisaje de construcciones abandonadas, descampados y zonas no urbanizadas (borde de la carreta M-300, área de la depuradora de aguas, polígono de la Camarmilla, alrededores del río Henares, etc.) es el marco donde se instalan tiendas de campaña, chamizos improvisados o viejos colchones rescatados para el vivac. Además, en este distrito se localizan la mayoría los recursos y servicios dirigidos a PSH (un centro de día, un centro de atención social, dos pequeños albergues y un comedor social).¹¹ Además, el Distrito II (“Reyes Católicos”) es el más desfavorecido socioeconómicamente de Alcalá: su tasa de desempleo es la más alta del municipio (35%), tres de sus barrios están catalogados oficialmente como vulnerables, la mayor parte de las viviendas principales en peor estado de toda la ciudad se encuentran allí y, además, es el distrito con más inmigrantes (Ayuntamiento de Alcalá de Henares, 2014). No obstante, en Alcalá también se puedan encontrar algunas bolsas de pobreza en otras zonas como el Distrito V (“El Val”).

¹¹ Este tipo de confluencia ya fue señalada hace muchos años en una obra emblemática como es *The Hobo: The Sociology of the Homeless Man* de Nels Anderson (1923).

Figura 1. Distritos de Alcalá de Henares

Fuente: Elaboración propia a partir del PAES de 2019.

Tabla 2. Puntos de Mendicidad y Asentamientos (Octubre, 2019)

| | Puntos de Mendicidad | Asentamientos |
|--------------|----------------------|---------------|
| Distrito I | 8 | 7 |
| Distrito II | 6 | 14 |
| Distrito III | 1 | 4 |
| Distrito IV | 1 | 1 |
| Distrito V | 3 | 9 |

El hecho de que las PST, al menos durante la noche, se ubiquen a distancia del centro histórico deja entrever la orientación de las directrices políticas de la ciudad:

Aunque no quede bien decirlo, la política es quitarles del centro (P.4). Alcalá no es una ciudad amable para dormir en la calle, no se les quiere en el centro (P.5).

Su presencia estigmatiza y “ensucia” el espacio público (Cloke, May y Johnsen, 2008). En el centro histórico solo encontramos un pequeño asentamiento formado por un grupo reducido de personas en el portal de un comercio. La permanencia de este grupo pernocta parece sostenerse en un equilibrio provisional

entre la compasión de los dueños del local y la creciente presión de la Policía Local:

Los profesionales preguntan a los dueños si todo está bien. Responden que no molestan, que por las mañanas recogen sus cosas, que si no tienen otro lugar, qué le van a hacer (O.1). Otra vez vinieron (los policías) ayer por la mañana temprano, ya no nos dejan ni dormir ¿es que no podemos dormir? (U.1).

De manera que en Alcalá la pernocta de las PST tiende a ser desplazada desde el centro hacia otras zonas más degradadas o hacia polígonos industriales en los que siempre se puede encontrar naves o casetas abandonadas. Esta separación no solo conlleva su alejamiento físico y social, sino una quiebra en el vínculo que tratan de establecer con ellos los profesionales que trabajan en medio abierto:

Durante la ruta nos dicen que no necesitan nada, que les dejemos, que ya se han tenido que ir del centro y no quieren nada (O.2).

En este proceso de movilidad forzada también colabora el equipo de medio ambiente municipal, quién suele actuar cuando en algún punto del espacio público se acumulan enseres desatendidos y sin recoger. Sin embargo, en los últimos años las instrucciones municipales obligan a combinar estas intervenciones con otras de tipo social. La propia Policía de Familia actúa de forma coordinada con el Programa de Atención a la Exclusión Social (PAES).

Las estrategias de renovación urbana en el centro de la ciudad

Alcalá de Henares tiene una larga tradición histórica y cultural que fue reconocida por la UNESCO en 1998, quien declaró Patrimonio de la Humanidad al recinto histórico y a la universidad (fundada en 1499). Además de ser sede universitaria, Alcalá es una de las ciudades más turísticas de la Comunidad de Madrid.

Actualmente, el municipio posee una Renta Bruta media por encima de la nacional. Sin embargo, su tasa de desempleo es superior a la media de la Comunidad de Madrid debido principalmente al desmantelamiento industrial de las últimas décadas. Sectores como la construcción que atrajeron a un numerosos inmigrantes

a finales de los años noventa, ahora suponen nichos laborales difíciles de reemplazar. Ante esta situación, el Ayuntamiento está promoviendo un desarrollo económico basado en el sector turístico y en la cultura como motores de la economía de la ciudad, “un sector a impulsar por cuanto puede suponer que Alcalá sea reconocida como destino turístico y cultural mundial” (Ayuntamiento de Alcalá de Henares, 2014: 7).

En esa lógica, el centro histórico ocupa un lugar esencial como imagen de marca a potenciar sobre la que pivote una nueva ciudad emprendedora y próspera (Harvey, 1996). Para ello, en los últimos años el Ayuntamiento ha realizado obras de renovación del espacio público en el casco histórico, peatonalizando la Plaza de Cervantes (punto de referencia del municipio) y otras calles adyacentes, adoquinando calzadas, ensanchando aceras y colocando bolardos para impedir el tráfico rodado en días festivos, etc.¹²

Este proceso, aparentemente imparcial, en la práctica está produciendo nuevas formas de inclusión y exclusión: *Desde las obras, nos preguntan más que qué hacemos, que si no trabajamos (U2).*

Al revalorizarse el centro histórico se originan disputas entre distintos actores sociales por la apropiación, resignificación y uso del espacio público:

Y ahora que todo está quedando tan bien, que el Ayuntamiento está haciendo tantas obras, no podemos dejar que... Es que hay gente que no puede estar ahí dando esa imagen (P.1).

Algunos entrevistados reconocen abiertamente ese “campo de batalla” que supone el espacio público:

Es mucha presión por parte de los vecinos y de los políticos. Y lo entiendes porque si yo tuviera alguien en mi portal, pues no me gustaría y diría que no lo quiero allí. Es una correlación de fuerzas entre unos y otros (P.2).

¹² Esta rehabilitación y revalorización del Centro se ve reflejada en el precio de la vivienda privada. En noviembre de 2020, las zonas más caras de Alcalá eran el casco histórico (2.265 €/m²) y el Ensanche -Distrito IV- (2.530 €/m²). En los últimos cinco años, el precio del casco histórico ha aumentado un 23,77%. <https://www.idealista.com/>

Un dato más en este sentido: desde el mes de julio de 2019 no se facilita la entrada a la Biblioteca principal de Alcalá a quien no dispongan de carnet. *Antes hacía frío y nos sentábamos en la biblioteca, ahora ya ni eso* (U.4). Esta medida fue adoptada expresamente para evitar la presencia de algunas PST que pasaban el día allí sentados para refugiarse del mal tiempo. Todos estos indicios muestran cómo las PST van convirtiéndose en figuras no deseadas porque no encajan con el nuevo valor de uso y de cambio (simbólico) del centro de la ciudad:

No se quiere ver a las PSH, pero no por una cuestión elitista. Es una cuestión de: ¿de qué vamos a vivir?: del turismo, pues todo tiene que estar bien (P.6).

El valor turístico y comercial se antepone como una cuestión de supervivencia de unos frente a otros: usuarios dignos, acordes con una imagen limpia y próspera de la ciudad frente a usuarios indignos que la “ensucian” y afean:

Los vecinos dicen: quítamelo, que no quiero que esto esté aquí. No me digas lo que hacéis, quítamelo (P.2).

Pero, no todo cae del lado del rechazo. En Alcalá esas tendencias conviven con una responsabilidad y sensibilidad social presente tanto en la Administración Pública (a través del PAES y de otras entidades del Tercer Sector) como en muchos vecinos que siguen manteniendo ciertos vínculos con las PST:

Algunos son ya una institución, forman parte del mobiliario urbanístico, la gente les conoce por el nombre, se paran con ellos. (P. 4). A lo largo de la calle mayor una mujer le pregunta qué tal está porque no le vio la semana pasada. En la Plaza Mayor todo el mundo parece conocer a P., un hombre desaliñado empujando un carrito repleto de bolsas. Es el vivo retrato de la figura arquetípica del sin hogar (O.1).

De hecho, todos los entrevistados han referido buena relación con los vecinos, aunque saben que deben estar alerta:

Nos vamos de allí a las seis de la mañana porque si no ya hay lío y se quejan (U.1). *Yo he vuelto a dormir aquí porque alguien llamó a la Policía* (U.3).

Para dar cuenta de esta ambivalencia, en el siguiente epígrafe analizamos cómo se aplica un tipo de normativa que, aunque

explícitamente no va dirigida a las PST, suele servir para criminalizarlas y expulsarlas del centro de las ciudades.

La ordenanza municipal para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana

En las dos últimas décadas, los ayuntamientos de muchas ciudades han promulgado ordenanzas cívicas, que regulan el espacio público con el objetivo principal de preservarlo como lugar de convivencia ciudadana. La Ley de Medidas de Modernización del Gobierno Local de 2003, de 16 de diciembre da potestad a los entes locales para establecer “tipos de infracciones e imponer sanciones por el incumplimiento de deberes, prohibiciones o limitaciones” (art. 139) (Casino Rubio, 2011).

En la redacción de estas disposiciones han influido tanto la “Ordenanza de medidas para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Barcelona”, de 23 de diciembre de 2005, como la “Ordenanza tipo de seguridad y convivencia ciudadana” elaborada por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)¹³. Ambas han servido como modelo para la redacción de la Ordenanza municipal para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Alcalá de Henares, de 21 de septiembre de 2010. Algunos autores como Melero (2016) han planteado que este tipo de prohibiciones no tienen en cuenta algunos derechos fundamentales de los que también son titulares las PST. De manera que, al tratarles como individuos sin derechos, estarían promoviendo una política de exclusión social.

La Ordenanza de Alcalá reproduce en gran medida los contenidos de las ordenanzas citadas. Promulgada en 2010, vino precedida por otras similares en la Comunidad de Madrid, y aunque con el paso del tiempo el signo político de los diferentes gobiernos municipales ha ido cambiando, esta norma no ha sido ni modificada, ni derogada:

Eso da igual, sean de la ideología que sean y lo que quieren es que la gente que está pidiendo en la calle no esté en el centro (P.1).

¹³ <http://www.femp.es/>

Esta ordenanza dice ser una herramienta para hacer frente a las situaciones y circunstancias que puedan afectar a la convivencia o alterarla, para lo cual busca minimizar los comportamientos incívicos en el espacio público. Con este fin prohíbe: i) la mendicidad que se ejerza mediante actitudes coactivas o de acoso, u obstaculice e impida el libre tránsito. El ofrecimiento de cualquier bien o servicio a personas que se encuentren en el interior de vehículos privados o públicos. La mendicidad ejercida por menores o aquella que se realice, directa o indirectamente, con menores o personas con discapacidad (cap. 4). ii) acampar y dormir de día o de noche en las vías y demás espacios públicos; utilizar los bancos y los asientos públicos para usos distintos a los que están destinados; lavarse o bañarse, o lavar ropa en fuentes, estanques o similares y situar o dejar abandonado en la vía pública cualquier objeto que suponga riesgo para las personas, afeen en el entorno u obstruya el tránsito peatonal y/o rodado (cap. 12). El incumplimiento de cada una de estas prohibiciones lleva aparejado sanciones económicas (entre 300 y 3.000 €).

Este tipo de normas tiene un efecto simbólico inmediato. Al prohibir actividades cotidianas para la supervivencia de las PST y establecer sanciones muy altas transmiten un mensaje de orden y seguridad a la sociedad, señalando además a un enemigo (Cancio, 2006). Asimismo, intentan animar a las PST a que abandonen los lugares más frecuentados por la vigilancia policial, y si aún así no lo consiguen se les sanciona. El hecho de no poder pagar multas tan altas, les supone un nuevo castigo en forma de estigma y desvinculación social (Busch-Geertsema et al., 2010).

Es que si les ponen una multa no van a poder pagarla, pero se quedan con un antecedente administrativo y con eso luego no puedes gestionarles nada (P.3).

Pero, si más allá del derecho normado, se presta atención al derecho practicado, lo cierto es que en Alcalá la Ordenanza no se ejecuta con rigor. Dicho de otro modo, no se practica una política de Tolerancia Cero (salvo a lo que refiere a la mendicidad de menores). En realidad, esta norma parece ser más un asidero al que acudir cuando la presión política o vecinal arrecian: *La ordenanza es la que nos permite poder decirle a la policía: levanta a esa persona de ahí (P.2)*. En la práctica, la Administración trata de anteponer una política de atención social y aplica un protocolo

coordinado entre los Servicios Sociales, la Policía Local y el Servicio Municipal de Limpieza.

En todo este entramado aparecen dos fuerzas en tensión: de un lado, Alcalá avanza en la aplicación de una estrategia de desarrollo urbano y económico que tiende a expulsar a las PST del centro de la ciudad. Su presencia en la calle choca con un modelo de ciudad ya puesto en marcha:

La gentrificación ya ha empezado, el precio de los pisos en el Centro ya es muy caro. La gente está muy sensible con las personas sin hogar, pero tiene que ver con que me retiren a la persona y ya no tanto con qué pena me dan (P.4).

Además, la actual crisis de empleo incrementa la situación de vulnerabilidad de muchos extranjeros, solicitantes de asilo con peticiones rechazadas o menores extranjeros no acompañados (MENAS) desinstitucionalizados. Como ha señalado Place (2011), la intersección entre este tipo de inmigración y el sinhogarismo crece rápidamente, y el hecho de que los inmigrantes sean el grupo objetivo que concita más medidas de control, sanción y seguridad en toda Europa hace prever una intensificación de la criminalización hacia las PSH inmigrantes. En Alcalá ya se pueden detectar algunos signos en este sentido:

A ver, estos chavales la verdad es que muchos viven de dar palos, no te lo voy a negar. Y como esto siga así los vecinos se van a echar encima (P.6).

En última instancia, se teme que la confluencia de todas esas circunstancias pueda conducir a actitudes de rechazo, promoviendo la quiebra de un modelo social basado en la solidaridad y la voluntad de integración social:

Y ¿cómo le explicas tú a la gente lo que haces? Esto ahora es muy difícil de vender. Me preocupa la cohesión social (P.2).

Por otro lado, los Servicios Sociales de Alcalá tratan de atender el problema a través del PAES y de la colaboración de una pequeña red de alojamientos (dos albergues, algunas plazas en pensiones, Campaña del Frío y la reciente creación de cinco viviendas unipersonales bajo el modelo *Housing First*). No obstante, en materia de política social en torno al sinhogarismo existen dos problemas de fondo relacionados con: la falta de una política

de vivienda social que actúe de forma preventiva; y la situación deficitaria en materia de Servicios Sociales por la que atraviesa la Comunidad de Madrid (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2018; Fundación FOESSA, 2019). En el caso concreto de Alcalá, una y otra deficiencia deberían ser abordadas con celeridad porque lo que hace unas décadas era un pequeño asunto relacionado principalmente con inmigrantes sin hogar de Europa del Este, ahora es un problema mucho más complejo que no se atajará con la mera creación de más plazas de alojamiento temporal en albergues. De lo contrario, a nuestro modo de ver, las actuaciones punitivas se irán extendiendo más e irán ocupando los huecos que deja la falta de recursos suficientes de integración social:

*Son medias de control puras y duras, pero y qué haces.
De verdad que hay buena voluntad, pero qué haces (P.3).*

CONCLUSIONES

A pesar de su carácter meramente exploratorio, este estudio de caso nos permite observar la situación ambivalente en la que actualmente se debate Alcalá de Henares en relación al problema de la criminalización y segregación de las PST en el espacio público. Una cuestión también presente, y discutida, en muchas ciudades y países europeos.

La primera conclusión que se puede extraer es que en el marco de una nueva estrategia económica de renovación y revalorización, se está produciendo un desplazamiento de las PST desde unas zonas de la ciudad a otras. Ese nuevo modelo de desarrollo económico basado en la atracción del turismo precisa de la renovación de determinadas áreas como una forma de mercantilización de la ciudad y de acumulación de capital simbólico (Mansilla *et al.*, 2021). Siguiendo estas pautas, en los últimos años, el consistorio de Alcalá ha procedido a la renovación del espacio público, principalmente de su casco histórico, con el fin de proyectar una imagen de la ciudad limpia, moderna y segura, lo que está dando lugar a nuevos usos y resignificaciones del espacio público. En esa imagen idealizada que se pretende proyectar de la ciudad, las PST tienden a ser vistas como figuras sociales “indeseables”, público “ilegítimo”, que resta atractivo y

potencial a la ciudad. Como consecuencia, se está produciendo un desplazamiento de las PST desde el centro hacia zonas más degradadas y/o no urbanizables, y muchos vecinos de la zona centro de la ciudad expresan su malestar exigiendo que se retire a las PST del espacio público.

Sin embargo, esta realidad se conjuga con una serie de medidas de atención social y con la empatía de otra parte del vecindario más proclive a entender la situación de estas personas. De hecho, una norma como la Ordenanza municipal para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana en el espacio público de Alcalá de Henares no se aplica con rigor, la Administración local antepone una política de atención social y aplica un protocolo de actuación coordinado con la participación de los Servicios Sociales, la Policía Local y el Servicio de limpieza. No existe, por tanto, una política de “Tolerancia Cero” ni una criminalización sin contrapesos. Por otro lado, aunque la red de recursos para PSH es aún insuficiente, la apertura del municipio hacia un nuevo marco de atención basado en la vivienda (modelo *housing first*) puede abrir el camino hacia la puesta en marcha de nuevas medidas que superen el clásico esquema de atención temporal y de emergencia, así como la cronificación de las PST en la calle.

Por último, a nuestro modo de ver, deberían desarrollarse medidas de prevención para que nadie termine viviendo en situación de calle. De otro modo, el discurso criminalizador irá calando en las actitudes de los diferentes actores sociales en juego, y terminará por convertir las actuaciones sociales actuales en algo meramente simbólico y residual. Como señala Velasco (2020), la segregación de las PST no es sólo geográfica o social, sino existencial. Es un tipo de segregación que tiende a anular sus derechos más básicos y su dignidad. Solamente el necesario diálogo y equilibrio entre el desarrollo económico y una atención basada en un enfoque de derechos, puede ayudar a construir una ciudad que garantice un estatuto real de ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, N. (1923). *The Hobo: The Sociology of the Homeless Man*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2018). Índice DEC 2018. (<https://www.directoressociales.com/>).

- Ayuntamiento de Alcalá de Henares (2014). *EDUSI. Estrategia de desarrollo urbano sostenible integrado de Alcalá de Henares*. (<http://edusi.ayto-alcaladehenares.es/>).
- Bachiller, S. (2016). No nos une el amor, sino el espanto. Indagando etnográficamente la sociabilidad al interior de un grupo de personas en situación de calle. *Etnografías Contemporáneas*, 2 (3), 84-106.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E. & Pleace, N. (2010). *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*. Brussels: FEANTSA.
- Cabrera, P., Muñoz, M., Sánchez, R. y Rubio, M. J. (2017). *Personas sin Hogar en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid. (Sin publicar).
- Casino Rubio, M. (2011). Las nuevas y discutibles ordenanzas municipales de convivencia. *Istituzioni di federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, 4, 743-771.
- Cancio, M. (2006): De nuevo: ¿"Derecho penal" del enemigo?. En G. Jakobs y M. Cancio (2006). *Derecho penal del enemigo*. (pp. 57-77). Madrid: Civitas.
- Comisión Europea. (2011). *Ciudades del mañana. Retos, visiones y caminos a seguir*. Bruselas: Dirección General de Política Regional.
- Cloke, P., May, J. y Johnsen, S. (2008). Performativity and affect in the homeless city. *Society and Space*, 26, 241-263.
- Davis, M. (2001). *Más allá de Blade Runner. Control Urbano: la ecología del miedo*. Barcelona: Virus Editorial.
- Fitzpatrick, S. y Kennedy, C. (2001). The Links between Begging and Rough Sleeping: A Question of Legitimacy? *Housing Studies*, 16 (5), 549-568.
- Fernández, G y Jones, S. (2013). *Means Streets. A report on the criminalization of homelessness in Europe*. Fondation Abbé Pierre, FEANTSA y Housing Rights Watch.
- Fundación FOESSA (2019). *VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. Madrid: Fundación FOESSA y Caritas Española.

- Harvey, D. (1996). *Justice, Nature & the Geography of Difference*. Cambridge/ Oxford: Blackwell.
- Heinz, B. (2017). *La Sociedad del miedo*. Barcelona: Herder Editorial.
- Hernández Pedreño, M. (2016). Exclusión residencial en Murcia: Miradas y Trayectorias. Murcia: Fundación Cepaim.
- Huey, L. (2009). Homelessness and the ‘Exclusive Society’ Thesis: Why It Is Important to ‘Think Local’ to ‘Act Local’ on Homelessness Issues”. *European Journal of Homelessness*, 3, 261-273.
- INE. (2012). *Encuesta a Personas sin Hogar*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=resultados&idp=1254735976608).
- Kelling, G. L. y Cole, C. (1996). *Fixing broken windows*. Nueva York: Free Press.
- Low, S. y Smith, N. (2006). *The politics of public space*. New York: Routledge.
- Mansilla, J.A., Andreeva, S. y Hernández, A. 2021. Un rollo muy hípster. Turismo, consumo y mercados de acumulación simbólica. *Cuadernos Geográficos* 60 (1), 54-79.
- Mazza, A. (2009). Ciudad y espacio público. Las formas de inseguridad urbana. Madrid, *Cuadernos de Investigación Urbanística*, 62.
- Melero, E. (2016). Las ordenanzas locales como instrumento de exclusión social: la regulación que afecta a las personas sin hogar es derecho administrativo del enemigo. *Realia*, 6, 7-26.
- Mitchell, D. (2003). *The right to the city: social justice and the fight for public space*. New York: Guilford Publications.
- Muñoz, M. Cabrera, P. y Sánchez, R. (2019). *Informe IX recuento de personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. (Sin publicar).
- Observatorio Hatento (2015). *Investigación sobre los delitos de odio contra las Personas sin Hogar* (hatento.org/conoce/los-delitos-odio-contra-las-personas-sin-hogar-resultados1/).

- O'Sullivan, E. (2012). Varieties of Punitiveness in Europe: Homelessness and Urban Marginality. *European Journal of Homelessness*, 6 (2), 69-97.
- Pleace, N. (2011). Immigration and Homelessness. En E. O'Sullivan (2011). *Homelessness Research in Europe* (pp. 143-163). Brussels: FEANTSA.
- Rose, N. (2000). Government and Control. En D. Garland y R. Sparks (Eds.). *Criminology and Social Theory* (pp. 183-208). Oxford: Oxford University Press.
- Tosi, A. (2007). Homelessness and the Control of Public Space – Criminalising the Poor? *European Journal of Homelessness*, 1, 225-236.
- Wacquant, L. (2012). *Castigar a los pobres: El gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa.
- Velasco, M. (2020). Exclusion dans l'espace public: la presence invisible de ses habitants continus, *Villes en parallèle*, 49-50, 320-341.
- Wright, T. (2000). Resisting Homelessness: Global, National, and Local Solutions. *Contemporary Sociology*, 29 (1), 27-43.

NORMAS EDITORIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

Información general

La Revista Acciones e Investigaciones Sociales, con ISSN 1132-192X, es una publicación de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza, fundada con el mismo título en 1991 por la Escuela Universitaria de Estudios Sociales. Su periodicidad es anual.

Se trata de una revista arbitrada que utiliza el sistema de revisión externa por expertos (peer-review) en el conocimiento de los objetos investigados y en las metodologías utilizadas en las investigaciones.

La evaluación será por pares y por el método de «doble ciego» (double blind). Todos los trabajos enviados a Acciones e Investigaciones Sociales se evaluarán de acuerdo con criterios de estricta calidad científica.

1. Cada uno de sus números se edita en versiones impresa y electrónica, y está disponible en la página web de la Facultad (<http://sociales.unizar.es>) y en la Plataforma Papiro-OJS para revistas de la Universidad de Zaragoza

Presentación y estructura de los trabajos

2. Los trabajos deben ser originales, no publicados ni estar siendo considerados en otra revista para su publicación, escritos en español, inglés o francés.
3. Serán considerados para su publicación los siguientes tipos de trabajos: investigaciones originales, revisiones teóricas y experiencias prácticas.
 - a. *Las investigaciones originales: estarán estructuradas de la siguiente manera: título, resumen de no más de 250 palabras, un máximo de 10 palabras clave, texto (introducción, material y métodos, resultados y discusión) y bibliografía. La extensión máxima del texto será de 6.000 palabras (en formato Word), escritas a doble espacio, cuerpo de letra 12, tipo Times New Roman, admitiéndose figuras y tablas.*

b. Revisiones teóricas y experiencias prácticas: las revisiones teóricas consistirán en un análisis crítico de temáticas. Las experiencias prácticas consistirán en una sistematización rigurosa del proceso y resultado de las mismas. Ambas, revisiones y experiencias, deberán incluir un apartado con aportaciones o propuestas de aplicación o transferencia a los temas tratados. Los textos tendrán una extensión máxima de 4.000 palabras (en formato Word) escritas a doble espacio, cuerpo de letra 12 y tipo Times New Roman. Opcionalmente el trabajo podrá incluir tablas y figuras.

4. Los manuscritos deben ser enviados por correo electrónico a la Redacción de la revista ais@unizar.es, con copia a jgracia@unizar.es. También podrán ser enviados a través de la Plataforma Papiro-OJS para revistas de la Universidad de Zaragoza

5. El texto de los artículos deberá enviarse de forma anónima: se suprimirá toda referencia y demás alusiones que pudieran permitir directa o indirectamente la identificación del autor/a.

6. Los manuscritos se presentarán de acuerdo al siguiente orden y estructura.

Página de título. Primera página del manuscrito

A modo de portada del manuscrito, esta primera página contendrá:

- a) Título del artículo en español / francés, e inglés.*
- b) Nombre y dos apellidos de cada uno de los autores (téngase en cuenta la forma de firma para indexación en bases de datos internacionales).*
- c) Nombre completo del centro de trabajo de cada uno de los autores.*
- d) Nombre y dirección completa del responsable del trabajo o del primer autor como responsable de correspondencia, incluyendo número de teléfono y dirección de correo electrónico.*
- e) Información sobre becas, ayudas o soporte financiero con el que se ha contado para la realización del trabajo.*
- f) Número de identificación ORCID de los autores. En caso de no disponer, puede conseguir el suyo en www.orcid.org.*

Páginas de resumen y palabras-clave. Segunda página del manuscrito.

Una segunda página independiente deberá contener los nombres y apellidos de los autores, el título del artículo y el título de la revista, un resumen del contenido del artículo en español y el listado de palabras clave. Tanto el resumen como las palabras clave tendrán una versión en inglés.

El resumen del trabajo tendrá una extensión de 150-250 palabras. En el caso de los artículos originales, el contenido del mismo se dividirá en cuatro apartados (resumen estructurado): introducción, material y métodos, resultados y discusión. En cada uno de ellos se describirá de forma concisa, respectivamente, el motivo y el objetivo de la investigación, la metodología empleada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Se enfatizarán los aspectos novedosos y relevantes del trabajo. En el caso de las colaboraciones especiales se resumirá el trabajo sin dividirlo en estos cuatro apartados.

Palabras clave: a continuación del resumen se especificarán cinco palabras clave o frases cortas que identifiquen el contenido del trabajo para su inclusión en los repertorios y bases de datos nacionales e internacionales. Se procurará poner el mayor número posible hasta un máximo de cinco. Deberán utilizarse términos controlados de referencia.

Texto del manuscrito. Tercera página, que será la del arranque del texto del manuscrito.

La tercera página y siguientes serán las que se dediquen al texto del manuscrito, que se ajustará a las especificaciones de las instrucciones indicadas para cada tipo de trabajo. En el caso de las Revisiones y Notas técnicas podrá figurar el manuscrito estructurado en los apartados convenientes para facilitar así su comprensión. Sin embargo, los trabajos originales deben ajustarse en la medida de lo posible a los siguientes apartados: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión.

6. Bibliografía

- Sólo se incluirán los trabajos que hayan sido citados en el texto y todos los trabajos citados deberán referenciarse en la lista final.

- El orden será alfabético según el apellido del autor/a. En caso de varias referencias de un mismo autor/a, se ordenarán cronológicamente según el año. Primero se incluirán las referencias del autor/a en solitario, en segundo lugar las obras compiladas por el autor/a, y en tercer lugar las del autor/a con otros coautores/as.
- Los trabajos aceptados, pero aún no publicados, se incluirán en las citas bibliográficas especificando el nombre de la revista, seguido por la expresión “en prensa”.
- La lista completa de referencias bibliográficas se situará al final del texto, bajo el epígrafe «Referencias bibliográficas». Para su redacción deben seguirse las normas APA 7ª ed. de octubre de 2019. Hasta 2022 se admitirá hacer uso de la 6ª ed., de acuerdo con los siguientes ejemplos:

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Artículo de revista, un autor

Bekerian, D. A. (1992). In search of the typical eyewitness. *American Psychologist*, 48, 574-576.

Artículo de revista, dos autores

Klimowski, R., Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

Artículo de revista, en prensa

Bekerian, D. A. (en prensa). In search of the typical eyewitness. *American Psychologist*.

LIBROS Y CAPÍTULOS DE LIBRO

Referencias a libros completos

Bekerian, D. A. (1992). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3.ª ed.). New York: McGraw-Hill.

Libro, autor en grupo (agencia gubernamental) como editor

Australian Bureau of Statistics (1992). *Estimated resident population by age and sex in statistical local areas, New South Wales, June 1990* (Nº 3209.1). Australian Capital Territory: ABS.

Libro sin autor o editor

Merriam-Webster's Collegiate Dictionary (10.ª ed.). Springfield, MA: Merriam-Webster.

Enciclopedia o diccionario

Bekerian, D. A. (1992). *The new Grove dictionary of music and musicians* (3.^a ed., Vols. 1-20) New York: McGraw-Hill.

Capítulo en un volumen de una serie

Maccoby, E. E. (1992). Socialization in the context of the family. En P. M. Musen (Ed. Serie) y M. J. Martin (Ed. Vol.). *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (3.^a ed., pp. 1-101). New York: McGraw-Hill.

INFORMES TÉCNICOS Y DE INVESTIGACIÓN

Nacional Institute of Mental Health (1992). *Clinical training in serious mental illness* (Publicación DHHS N° ADM 90-1679). Washington, DC: Government Printing Office.

REUNIONES CIENTÍFICAS (CONGRESOS, SIMPOSIOS, ETC.)

Actas de congreso publicadas, contribución publicada a un simposio, artículo o capítulo en libro editado.

Bekerian, D. A. (1992). A motivational approach to the self. En R. DeMaier (Ed.), *Nebraska Symposium of Motivation: Vol. 38, Perspectives on motivation* (pp. 574-596). Lincoln: University of Nebraska Press.

Actas publicadas regularmente

Bekerian, D. A. (1992). *In search of the typical eyewitness. Proceedings of the Nacional Academy of Sciences, USA, 89, 574-576.*

TESIS DOCTORALES Y DE MÁSTER

Tesis doctoral no publicada

Coger, D. L. (1993). *Employee assistant programs supervisory referrals: Characteristics of referring and nonreferring supervisors. Tesis doctoral no publicada. University of Missouri, Columbia.*

Tesis de máster no publicada, universidad no estadounidense.

Saldaña, P. (1992). *Actitudes de los padres hacia la integración escolar. Tesis de máster no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.*

REVISIONES

Revisión de un libro

Baumeister, R. F. (1993). *Exposing the self-knowledge myth [Revisión del libro The self-knower]*. *Contemporary Psychology*, 38, 466-467.

MEDIOS AUDIOVISUALES

Película, circulación limitada

Bekerian, D. A. (productor), y Smith, J. N. (director). (1992). *Changing our minds [película]*. (Disponible en *Changing Our Minds, Inc.*, 170 West End Avenue, Suite 35R, New York, NY 10023).

MEDIOS ELECTRÓNICOS

Artículo de revista on-line, acceso limitado a suscriptores

Central vein occlusion study of photocoagulation: Manual of operations [675 párrafos]. *On-line Journal of Current Clinical trials [Serie on-line]*. Disponible en: Doc. N.º 92.

REFERENCIAS DE FUENTES ELECTRÓNICAS (INTERNET)

Sitios web

Milton, J. (1995). *Composing good HTML (Vers. 2.0.6)*. <http://www.cs.cmu.edu/~tilt/cgh> (13 Jan. 1997).

7. Las citas bibliográficas

- Las citas bibliográficas deberán extraerse de los documentos originales.
- Las citas aparecerán en el cuerpo del texto y se evitará utilizar notas al pie.
- Se citará entre paréntesis, incluyendo el apellido del autor/a, y el año y opcionalmente la página o páginas citadas; por ejemplo, (Boudon, 2004: 73).
- Cuando en dos obras del mismo autor coincida el año se distinguirán con letras minúsculas tras el año; por ejemplo, (Boudon, 2004a).
- Si los autores son dos, se citarán los dos apellidos unidos por «y»: (Bowles y Gintis, 2005); cuando los autores sean más de dos, se citará el apellido del primer autor seguido de «et al.»

- (Bowles et al., 2005), aunque en la referencia de la bibliografía final se puedan consignar todos los autores.
- Las citas literales irán entrecomilladas y seguidas de la correspondiente referencia entre paréntesis, que incluirá obligatoriamente las páginas citadas; si sobrepasan las cuatro líneas, se transcribirán separadamente del texto principal, sin entrecomillar, con mayor sangría y menor tamaño de letra.

Proceso de selección y publicación

Una vez recibido un texto que cumpla con todos los requisitos formales, se acusará recibo del mismo y dará inicio su proceso de evaluación.

En una primera fase, el Consejo de Dirección efectuará una revisión general de la calidad y adecuación temática del trabajo, y podrá rechazar directamente sin pasar a evaluación externa aquellos trabajos cuya calidad sea ostensiblemente baja o que no efectúen ninguna contribución a los ámbitos temáticos de la revista. Para esta primera revisión, el Consejo de Dirección podrá requerir la asistencia, en caso de que lo considere necesario, de los miembros del Consejo de Redacción o del Consejo Asesor.

Los artículos que superen este primer filtro serán enviados a dos evaluadores/as externos, especialistas en la materia o línea de investigación de que se trate. En caso de que las evaluaciones sean discrepantes, o de que por cualquier otro motivo lo considere necesario, el Consejo de Dirección podrá enviar el texto a un tercer evaluador/a.

A la vista de los informes de los evaluadores/as, el Equipo de Redacción podrá tomar una de las siguientes decisiones, que será comunicada al autor/a:

- Publicable.
- Publicable tras su revisión. En este caso, la publicación quedará condicionada a la realización por parte del autor/a de los cambios requeridos en la evaluación. El plazo para realizar tales cambios será de un mes y se deberá adjuntar una breve memoria explicativa de los cambios introducidos y de cómo se adecúan a los requerimientos exigidos.
- No publicable.

En caso de que un trabajo sea aceptado para su publicación, las pruebas de imprenta deberán ser revisadas por el autor/a en el plazo máximo de dos semanas.

Derechos de publicación

Acciones e Investigaciones Sociales se publica bajo el sistema de licencias Creative Commons según la modalidad «Reconocimiento – NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales».

Así, cuando el autor/a envía su colaboración está explícitamente aceptando esta cesión de derechos de edición y de publicación. Igualmente autoriza a Acciones e Investigaciones Sociales la inclusión de su trabajo en un fascículo de la revista para su distribución.

Con el objetivo de favorecer la difusión del conocimiento, Acciones e Investigaciones Sociales se adhiere al movimiento de revistas de Open Access (DOAJ) y entrega la totalidad de sus contenidos a diversos repositorios bajo este protocolo; por tanto, la remisión de un trabajo para ser publicado en la revista presupone la aceptación explícita por parte del autor/a de este método de distribución.



1542

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA