

Trabajo de Fin de Máster en Investigación e Intervención Social y Comunitaria

Diagnóstico Social de necesidades de Málaga capital mediante el Método Delphi

Alumna: Ana Benítez Dean

Tutorización: María de las Olas Palma García

Departamento de Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios de Asia Oriental



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Universidad de Málaga

Facultad de Psicología

2019

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE
MÁSTER**

D./Dña Ana Benítez Dean con DNI/PASAPORTE 70086320F, que presenta el Trabajo

Fin de Máster con el título:

“Diagnóstico Social de necesidades de Málaga capital mediante el Método Delphi”

declara la autoría y asume la originalidad de este trabajo, donde se han utilizado distintas fuentes que han sido todas citadas debidamente en la memoria.

Y para que así conste firmo el presente documento en Málaga a 7 de Octubre de 2019

Autor: Ana Benítez Dean

Resumen

El presente estudio expone un diagnóstico de necesidades sociales mediante el método Delphi en la ciudad de Málaga. Esta técnica, facilita la obtención de una opinión grupal fidedigna con el objetivo de analizar, detectar y realizar un diagnóstico de necesidades sociales de dos bloques de necesidad extraídos del SIUSS (Inserción social; Soledad, aislamiento y autocuidados) y un tercero propio (Nuevas necesidades). Para ello, se recogió la opinión de 16 expertos en el ámbito de la intervención social y comunitaria de Málaga a lo largo de dos rondas de consulta y retroalimentación. Se empleó un doble análisis de los datos (cualitativo y cuantitativo) mediante el paquete estadístico SPSS y Excel, obteniéndose la categorización de variables y la medición del grado de acuerdo mediante el Coeficiente de Concordancia. Además, se realizó un análisis de validez de contenido mediante las pruebas de McNemar, V de Aiken y el Coeficiente de Variación. Los resultados obtenidos arrojan información sobre la realidad social de Málaga en relación a los bloques planteados, permitiendo la planificación de intervenciones y abriendo las puertas a futuras líneas de investigación.

Palabras clave: Diagnóstico Social; Necesidades Sociales; Método Delphi; SIUSS.

Introducción

En 1917, Mary Richmond, acuñó de manera pionera el término diagnóstico social, mediante la publicación de su libro “*Social Diagnosis*”, en el que realizaba una sistematización de los métodos de intervención social. Desde entonces, el proceso diagnóstico ha sufrido diversas modificaciones, sin embargo, su uso ha sido ampliamente extendido y valorado como base para la planificación de acciones concretas, al ser nexo de unión entre la investigación y la programación.

El término “diagnóstico social”, ha servido para sentar las bases de algunos de los modelos de intervención, y a su vez, ha sido objeto de un gran análisis y debate. Dicha controversia, radica en la necesidad del desarrollo teórico y metodológico del término, puesto que resulta esencial para fundamentar la intervención social. Pese a dicha controversia, en las últimas décadas, se ha realizado un gran avance disciplinar, permitiendo el desarrollo de instrumentos específicos y consensuados. En España, existe un alto grado de conocimiento y consenso en el ámbito profesional y jurídico, siendo el diagnóstico social un derecho específico del ciudadano y una de las prestaciones básicas del sistema público de servicios sociales (Cury y Arias, 2016).

En este sentido el Gobierno Vasco (2012), propuso el “Modelo global de diagnóstico” que actualmente, es uno de los elementos metodológicos fundamentales dentro del proceso de intervención. En él, se asienta la definición propuesta por Cury y Arias (2016), quienes lo definen como “el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación”. Por su parte, Díaz y Fernández (2013) lo define como “un proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza

la naturaleza y magnitud de las necesidades sociales en sus efectos, génesis y causas personales y sociales”. Como indica Martín (2013), aunque es preciso continuar trabajando para la completa superación y desarrollo de los aspectos teóricos y metodológicos, el diagnóstico social ha alcanzado un modelo operativo, gracias al respaldo del bagaje empírico y el interés profesional fruto de diferentes procesos de transformación social. Todo esto, lo posiciona como una herramienta fundamental para el desarrollo de acciones sociales.

El diagnóstico social supone 1) identificar necesidades y problemas, 2) sus factores causales, condicionantes y de riesgo, 3) proporcionar un pronóstico de la situación en un futuro inmediato, 4) identificar recursos para la acción tanto existentes como potenciales, 5) determinar la prioridad de las necesidades, 6) establecer estrategias de acción y 7) realizar un análisis de contingencias para comprobar la viabilidad de la intervención (Aguilar y Ander-Egg, 2001).

Como se ha expuesto, nace ante la necesidad de definir las bases que sustenten una adecuada intervención. En el ámbito de la intervención social y comunitaria, este tipo de diagnósticos permite conocer las necesidades que, debido a procesos de desigualdad, pobreza y exclusión social, se encuentran presentes en la población. Las necesidades sociales se han abarcado desde diferentes ámbitos, desde la psicología uno de los autores más destacados es Maslow, quien entendía las necesidades como elementos inherentes a la naturaleza humana, alegando que debían ser reconocidas como derechos humanos y siendo universales, aunque influidas y manifestadas culturalmente. Así este autor, formuló la reconocida “Teoría de necesidades humanas básicas”, en la que establecía una jerarquización diferenciando entre necesidades básicas y superiores (Espadas Alcázar, 2005). Desde el trabajo social, en palabras de Omill (2015), se entenderían como “el

estado de una sociedad respecto de los medios necesarios y útiles para su existencia y desarrollo y de cada uno de los sujetos que la integran”.

En cualquier caso, como señala Chacón Fuertes (1989), las necesidades deben de entenderse como un concepto relativo a cada sociedad y momento histórico, en cuanto a que forma parte de los continuos procesos de transformación social, definiéndose según el momento histórico y el medio físico-ambiental y sociocultural. Así, las necesidades sociales pueden variar dentro de una misma sociedad en tiempos distintos y en sociedades distintas en el mismo momento. Por tanto, su análisis no solo debe de ser interdisciplinario, sino que también debe situarse en un espacio y tiempo concreto. Razón por la cual, resulta fundamental su continuo diagnóstico y análisis adaptándose a este proceso de cambio y proporcionando una adecuada intervención.

Actualmente la intervención va más allá de aquella primera concepción asistencialista de cobertura de necesidades básicas, siendo sus objetivos transversales a la pirámide de Maslow, es decir, que van desde la cobertura de necesidades básicas hasta la autorrealización de la persona. La importancia de actuar sobre las necesidades sociales desde los distintos ámbitos de intervención social y comunitaria, y especialmente, desde el Sistema Público de Servicios Sociales mediante Planes de Inclusión Social, radica en la cobertura de Derechos Sociales y se sustentan, en los principios rectores de la política social tales como el de igualdad y no discriminación, solidaridad o ciudadanía y participación. La intervención resalta la importancia de actuar sobre dichas necesidades, en el marco de la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social fomentando así la creación de sociedades más solidarias, inclusivas y cohesionadas. De esta manera Negre y Cuesta (2017), señalan la importancia de actuar sobre la desigualdad, dado que su reducción puede estimular el crecimiento económico, conduce a escenarios de mayor estabilidad política y social y genera mayor cohesión social. Además, estos autores aluden

que, más allá de razones instrumentales, se debe aludir también a nociones de justicia social. De igual manera, estos objetivos se engloban a nivel nacional e internacional, organizaciones como la ONU incluyen dentro de la Agenda 2030 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) la desigualdad como objetivo específico (ONU, 2015).

El presente estudio se establece en la ciudad de Málaga, ciudad ampliamente afectada por estos procesos. Según la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN, 2018), la tasa AROPE en Andalucía es 10,7 puntos porcentuales superior a la media nacional y la tercera más elevada en todas las regiones por detrás de Extremadura y Canarias. En 2017, el 37,3% de la población se encontraba en riesgo de pobreza y exclusión social, es decir, 3,1 millones de personas. Según la Junta de Andalucía (2018), Málaga es la segunda provincia con más zonas desfavorecidas de la región, concentrándose un 65,17% de la población residente en estas zonas en la capital. Con lo que estaríamos hablando de un 12,25% de la población total residente en Málaga en situación de riesgo de exclusión. Además, aunque no se cuenta actualmente con indicadores de desigualdad a nivel local, según el INE, el índice de Gini a nivel nacional habría pasado de 32,4 en 2008 a 34,1 en 2017 con un aumento progresivo. En palabras de Martín Reyes, García Lizana y Fernández Morales (2011), hablaríamos de un índice de Gini de 31,54 en la ciudad de Málaga, con un 37,53% de la población encuestada que encontraba dificultades para llegar a fin de mes.

En Málaga, el organismo encargado de la realización del diagnóstico social de la ciudad es el Observatorio Municipal para la Inclusión Social en colaboración con la Universidad de Málaga. Estos datos, tienen como objetivo “servir de base para los Planes Municipales de Inclusión Social, avanzar en la lucha contra la pobreza y la exclusión social, y fomentar la participación activa de la ciudadanía” (Observatorio Municipal para la Inclusión Social, 2014).

El actual estudio, no pretende reproducir dicho diagnóstico, sino servir como complemento proporcionando información que, permita profundizar y ampliar diversas áreas de interés sobre las necesidades sociales de la ciudad. En concreto, se establecen tres bloques a explorar que engloban necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados, necesidades de inserción social y nuevas necesidades. Siguiendo para ello, una metodología basada en el juicio de expertos, que aporte una nueva lectura de la situación y enriquezca sus resultados.

Situación de contexto

En 2008 la situación de crisis provocó un incremento de las personas en riesgo de pobreza y exclusión social en España. Como refleja la Encuesta de condiciones de vida (INE, 2018), el indicador AROPE alcanzó su máxima en 2014 (29,2%), observándose un ligero descenso desde entonces hasta alcanzar en 2017 un 26,6% cifra aún lejos de alcanzar los niveles previos a la crisis. De acuerdo con EAPN (2018) en el *“Informe AROPE sobre el estado de la pobreza en España”*, esto supone que, en 2017, hablábamos de alrededor de 12.4 millones de personas que se encontraban en situación de riesgo de pobreza y exclusión social. Pese a que en este año se ha reducido a 600.000 personas menos en riesgo, reestablecer los valores previos a la crisis supondría reducir 1.4 millones de personas más. De igual manera, para ajustarse a los compromisos de la estrategia EU 2020, se precisaría de una reducción adicional de 800.000 personas. Además, pese a que los indicadores han anunciado el fin de la crisis, las condiciones de vida de las personas pobres han empeorado y la pobreza y la exclusión no se están recuperando. Este mismo indicador desagregado muestra que la pobreza y la exclusión social afectan especialmente a población infantil, extranjera, desempleados, con estudios básicos, población residente en las Comunidades autónomas situadas en la mitad sur de España y, de manera muy

destacada, a hogares compuestos por un adulto con uno o más menores en situación de dependencia, siendo en un 83% hogares monomarentales (INE, 2018).

Si además nos referimos a desigualdad, podemos ver que, si bien la crisis no es la causa de esta, si ha actuado como agravante. Aunque la tasa de pobreza se ha reducido este último año, las condiciones de vida de las personas pobres han empeorado incrementando la brecha de pobreza hasta el 32,4%. La pobreza severa en 2017 afectaba a 3.2 millones de personas, habiéndose aumentado en 300.000 personas respecto al año anterior y siendo visible además la feminización de esta pobreza, el incremento entre los menores y la especial incidencia en población extranjera. Los indicadores específicos de desigualdad muestran una renta media superior en 2017, pero con desigual reparto entre los sectores más pobres y más ricos, siendo el aumento al considerar la población en décimas de 205 frente a 1.618 euros respectivamente. Como indica el INE (2018), la relación de renta S80/S20, en 2017, evidencia que la renta total del 20% de la población con mayores ingresos era 6,6 veces superior a la renta del 20% con menores ingresos. Finalmente, el índice de Gini, se ha incrementado 1.7 puntos en el periodo de 2008-2017 (EAPN, 2018).

Situación social de la ciudad de Málaga

Según el Observatorio Municipal para la Inclusión Social (2018), en la ciudad de Málaga, encontramos 11 Distritos con 12 Zonas Básicas de Servicios Sociales (ZBSS), 64 Unidades de Trabajo Social (UTS) y 185 Núcleos de Trabajo Social (NTS). La Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión y la Inclusión Social (ERACIS, 2018), encargada de coordinar los distintos sistemas de protección social, identifica 6 zonas desfavorecidas en la ciudad de Málaga (Cruz verde- Lagunillas, Trinidad-Perchel, Palma-Palmilla, Dos Hermanas-Nuevo San Andrés-el Torcal, la Corta y Campanillas-Los Asperones-Castañetas). La población total refleja un aumento poblacional que invierte el

descenso que venía dándose desde el año 2009. Según el Padrón de habitantes a fecha de 1 de enero de 2018, Málaga cuenta con 573.832 habitantes, que suponen un aumento de 3.826 personas respecto al año anterior. Los distritos con mayor población serían Carretera de Cádiz, Cruz del Humilladero, Centro y Bailen-Miraflores. Málaga muestra una pirámide de población regresiva propia de países con esperanza de vida elevada, donde si la tendencia persiste se tiende a un progresivo envejecimiento que no garantiza el relevo generacional. Los datos recogidos por el INE hasta 2017, indican que continúa produciéndose un aumento de la esperanza de vida acompañado del descenso de los niveles de fecundidad, que son causa del envejecimiento de la población. En cuanto al sexo encontramos mayor número de mujeres que de hombres, siendo los varones predominantes hasta los 30 años donde se invierte esta tendencia. Como reflejan las estadísticas de población de la Gestión Tributaria, el total de población extranjera sería de 45.395 personas, es decir, el 7,9% de la población total, porcentaje que aumenta respecto a años anteriores sin alcanzar aún el 8,6% que se registraba en 2012.

Según el Observatorio Municipal para la Inclusión Social (2018), la renta media en la capital malagueña ha ido descendiendo desde la crisis, los últimos datos de 2015 muestran una renta media inferior a la alcanzada en 2008 aunque con cierta tendencia ascendente en los últimos años. Lo mismo ocurre al observar la renta media a nivel estatal y en Andalucía, siendo esta última bastante inferior a la media estatal. Como se ha mencionado anteriormente, a nivel local no se cuenta con indicadores de desigualdad, pero volviendo al estudio realizado por Martín Reyes, García Lizana y Fernández Morales (2011) sobre la ciudad malagueña, el índice de Gini se encontraría en 31,54. Por su parte, según la curva de Lorenz el 10% de la población más pobre recibiría el 3% de los ingresos, mientras que el 10% de la población con rentas más elevadas acumularía el 22% del total.

El índice S80/S20 mostraría que este mismo año que la renta total del 20% de la población con mayores ingresos era 5,43 veces superior a la renta del 20% con menores ingresos

Los datos de empleo en Málaga, a fecha de 2017, reflejan una tasa de actividad del 57,82%, es decir, el porcentaje de personas activas respecto a la población de 16 y más años. Encontramos un 92,95% de contratos temporales y un 52,74% a tiempo parcial, siendo la tasa de paro del 20,8%. Estos datos afectarían especialmente a mujeres y mayores de 45 años. El Observatorio Municipal para la Inclusión Social, exalta la elevada subida del precio de los alquileres, que puede suponer grandes dificultades en el acceso a la vivienda para muchas capas de población. A lo que se suma la problemática de la pobreza energética, el número elevado de prestaciones de emergencia social otorgadas en 2017 y el número igualmente elevado de atención a personas sin hogar. En materia de educación preocupa especialmente el descenso de promoción del alumnado al acercarse a la etapa de educación secundaria, destacando la importancia de factores socioeconómicos y la falta de adhesión, siendo los alumnos con niveles de renta más elevados los que promocionan más adecuadamente. En relación a la educación postobligatoria, llama la atención la tasa de abandono educativo temprano, que se sitúa en Andalucía en 2015, cinco puntos por encima de la media española y afecta de nuevo a los estratos más desfavorecidos (Observatorio Municipal para la Inclusión Social, 2018).

Si atendemos a la población usuaria de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), podemos conocer el perfil de las personas en riesgo de pobreza o exclusión social. Los últimos datos recogidos en por el Observatorio Municipal para la inclusión Social de Málaga (2018), muestran que, en 2015, se atendió al 10,1% de los hogares y al 11% de la población empadronada. Desde los SSAP se han diagnosticado 46.759 necesidades sociales en las 34.235 intervenciones realizadas. Comparando estos datos con los reflejados en el diagnóstico social de 2013, comprobamos que desde este

año se ha producido un incremento en el número de familias atendidas de 2.665 familias y 7.784 personas. Destacando la existencia de un 25,5% de hogares unipersonales, en los que hay que tener en cuenta la presencia de personas mayores de 64 y de mujeres, por su situación social de vulnerabilidad.

El perfil encontrado es en su mayoría de mujeres (54,4%), con una media de edad de 34,9 años. La población menor de 16 años supone el 28,6%, la mayor de 64 años el 14,6% y la población extranjera representaría el 16,4%, siendo de igual manera en su mayoría mujeres adultas. En relación a la vivienda, 6 de cada 10 familias cuentan con un factor de riesgo asociado a la hora de hacer frente al pago del alquiler o la hipoteca y en referencia al nivel de estudios, encontramos de nuevo una “brecha educativa”. Llama la atención el elevado número de personas sin estudios de la población de 16 años y más (49,8%), siendo las personas con estudios de enseñanza postobligatoria del 13,4%. El nivel de estudios se relaciona con el empleo de manera indirecta, se encuentra menor paro en las personas con mayor formación. Así, de la población atendida encontramos una tasa de paro del 74,9%, con un 39,9% de población inactiva y un 15,1% que se encuentra trabajando. De esta minoría de empleados, en su mayoría se ocupan en el sector servicios y en la construcción.

Necesidades sociales de la ciudad de Málaga

Las necesidades sociales se identifican a partir de la valoración profesional realizada en los Centros Sociales Comunitarios, el Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) contiene el catálogo que sirve de referencia para su estudio. Este catálogo, cuenta con 349 necesidades específicas clasificadas en cuatro grupos: 1) Necesidades asociadas a una adecuada información sobre el acceso a los recursos, 2) Necesidades relacionadas con una adecuada convivencia personal-familiar, 3)

Necesidades relacionadas con una adecuada integración social y 4) Necesidades relacionadas con la falta de medios para la cobertura de necesidades básicas.

El último diagnóstico social de 2013, mostraba las necesidades en función de la opinión pública, el juicio de los profesionales y las valoraciones realizadas desde los servicios sociales. Así, respecto al Grupo I resaltaban la importancia de mantener los recursos destinados a la información especialmente en relación a ayudas económicas, atención primaria del sistema de salud, escolarización y recursos sociales y programas de intervención familiar. En el Grupo II, tomaban mayor importancia las relacionadas con soledad/aislamiento de personas mayores, dificultad para atender a un miembro con necesidades específicas y para realizar tareas cotidianas. Igualmente, señalaban la necesidad de dedicar recursos a los malos tratos y abusos sexuales situaciones que, aunque se dan en menor frecuencia resultan alarmantes por su alta gravedad. En el Grupo III, destacaban principalmente las dificultades de inserción laboral, inserción escolar y dificultad de inserción social de inmigrantes. Finalmente, respecto al grupo IV indicaban la carencia de medios para cubrir necesidades básicas, haciendo referencia a la falta de alimentos, ingresos y alojamiento (Observatorio Municipal para la Inclusión Social, 2014).

Atendiendo a las zonas desfavorecidas, encontramos que representan un 35,1% de las necesidades de toda la población del SSAP. Siendo las necesidades más valoradas las relativas a información sobre servicios sociales y protección social, la carencia de medios para cubrir necesidades básicas y las dificultades de inserción laboral. En menor medida encontramos necesidades de soledad y aislamiento, dificultades de inserción escolar y desajustes convivenciales. Y finalmente, encontraríamos situaciones de necesidad provocadas por emergencias, malos tratos, limitación en la autonomía personal,

dificultades de inserción social, abandono del hogar e información sobre recursos de participación social (Observatorio Municipal para la Inclusión Social, 2018).

El Método Delphi

El Método Delphi, es usado por primera vez en 1951 de la mano de Helmer y Gordon, para realizar predicciones en un caso de guerra nuclear. En las siguientes décadas, su uso se expandió a diversidad de ámbitos, entre ellos, los problemas sociales complejos (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo y García-Durán, 2012). El método, se ha visto expuesto a múltiples análisis y cambios hasta consolidarse, siendo actualmente, uno de los más utilizados en investigación y especialmente útil en ciencias sociales (Cabero e Infante, 2014). En concreto, en España se incorporó a la investigación social a partir de los años noventa (López Peláez, 2009). Como indica Hernández-Echegaray (2016), la metodología prospectiva es una herramienta de gran utilidad en investigaciones sobre cambios y políticas sociales, pues facilita la toma de decisiones. Así, ha sido aplicada con éxito en el estudio del cambio y la desigualdad social. Esta autora señala que específicamente, la técnica Delphi se ha empleado para: “1) el análisis de tendencias económicas, sociales y políticas; 2) en el campo de los cuidados de larga duración y situaciones de dependencia; 3) para el conocimiento de la disciplina y la profesión de trabajo social y sobre el trabajo social comunitario (2016, p.50)”.

El método Delphi, es una técnica englobada dentro de la metodología cualitativa, cuyo objetivo principal la obtención del consenso de un grupo de expertos o de una opinión grupal fidedigna, mediante la aplicación reiterada de cuestionarios y retroalimentación de lo expresado por el grupo. Como indican Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca (2016), las características definitorias de esta técnica son en primer lugar, que se trata de un proceso iterativo en el que los participantes expresan su opinión en varias ocasiones. Entre estas, pueden reflexionar acerca de sus propias opiniones y de

las emitidas por el grupo. En segundo lugar, se resalta el anonimato de las respuestas, que es una de sus mayores ventajas puesto que se eliminan los sesgos del liderazgo. En tercer lugar, se caracteriza por la existencia de un feedback controlado por el investigador/a quien analiza las respuestas y produce una nueva consulta. Por último, se obtiene una respuesta estadística del grupo mediante estimaciones, medidas de tendencia central y frecuencias, así como valores de dispersión.

El proceso de realización del método está pautado por cuatro fases. Previamente a la puesta en marcha de estas fases, ha de definirse el problema y construir el grupo coordinador. La primera fase, llamada de definición, engloba la formulación de objetivos, identificación de dimensiones a explotar y posibles fuentes de información. La segunda fase, estaría orientada a la conformación del grupo de expertos mediante la elaboración de un perfil, un protocolo de selección y el establecimiento de contacto con los participantes. La tercera fase de ejecución de rondas de consulta implicaría la elaboración de los cuestionarios y las sucesivas rondas de análisis y retroalimentación. Finalmente, en la cuarta fase y última fase, se obtienen los resultados de la ronda final y se elabora un informe de devolución final. Existen diferentes clasificaciones de los tipos de Delphi, siguiendo la clasificación propuesta por Landeta (1999), según su finalidad encontramos:

- 1) Aquellos que sirven como instrumento de previsión;
- 2) Para el análisis y comprensión de realidades complejas;
- 3) Como instrumento de decisión y creación de realidad;
- 4) Como instrumento de aprendizaje;
- 5) Para lograr la comunicación y participación; y 5) como instrumento generador de confianza.

Generalmente, y como ocurre en el estudio planteado, en esta clasificación las finalidades suelen presentarse de manera combinada.

En el caso que nos ocupa, la aplicación del método Delphi esta especialmente indicada dado que, como indican Cabero e Infante (2014), en los fenómenos que se pretende estudiar no se cuenta con suficiente información o esta es inexistente, el

problema se presta para la exploración mediante juicios subjetivos sobre bases colectivas y se pueden evitar sesgos de liderazgo. También resulta útil en la emisión de previsiones, para realizar recomendaciones de actuación y estimar la probabilidad de lograr objetivos previstos en una determinada situación (Gordon, 1994). Además, se desea determinar puntos de acuerdo, su nivel de consenso y jerarquización en función de su transcendencia (Ruiz Olabuénaga, 2003).

Como cualquier otra herramienta, la técnica Delphi también cuenta con algunas limitaciones como son la lentitud del proceso, la necesidad de un alto grado de motivación para evitar abandonos, la elaboración de cuestionarios de gran especificidad o las posibles posturas inflexibles y poco reflexivas, que conlleven una falta de asunción de un rol abierto a la diversidad de opiniones (Varela-Ruiz et al.,2012). Sin embargo, cuenta con grandes ventajas en este tipo de investigaciones ya que permite obtener la información de diferentes fuentes, el anonimato facilita la creatividad y la expresión libre de los expertos y, se pueden reducir los costes y el tiempo gracias a las nuevas tecnologías (Hernández-Echegaray, 2016). Como indican García Valdés y Suárez Marín (2013), se puede incluir un mayor número de individuos de situaciones y áreas de especialización diversas, se reduce la influencia de líderes y la confidencialidad permite a los expertos disentir incluso de opiniones sostenidas públicamente. Además, la relevancia de los encuestados hace que sea la técnica idónea para la investigación de elementos en los que exista una mezcla de evidencia científica y valores sociales (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016).

Justificación de la investigación

Tal y como se expone en las páginas previas, el actual estudio pretende complementar el diagnóstico social de mayor amplitud realizado desde el Observatorio Municipal para la Inclusión Social de Málaga. Para ello, se ha tomado como referencia el Catálogo de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), de manera que,

además de contar con necesidades previamente valoradas, los datos aportados puedan sumarse a la línea de investigación. Se abarcan de manera específica dos de las necesidades catalogadas en el SIUSS: 1) necesidades de inserción social, pertenecientes al Grupo III, y 2) necesidades de Soledad/Aislamiento, perteneciente al Grupo II. De manera adicional, se diagnostica un tercer grupo destinado a detección de necesidades no valoradas en el SIUSS y de tendencia futura o inmediata. La razón del énfasis dedicado a estas necesidades proviene del interés profesional, la utilidad de anticiparse a tendencias futuras y su acentuación en el momento actual, que han suscitado la atención de los expertos en la materia. Así como por las ventajas que aporta su estudio gracias a las características de la metodología aplicada, y el añadido, de servir como vía para dar voz a los profesionales que conviven y trabajan diariamente con ellas.

El primer bloque destinado a las necesidades de inserción social, incluye las dieciséis categorías valoradas en el SIUSS. La inserción social hace referencia a la integración de los individuos en las sociedades a las que pertenecen, siendo su atención fundamental para la consecución de la mejora de la convivencia, la participación y la integración de las personas y, por tanto, en la lucha contra la exclusión, la pobreza y la desigualdad. Los colectivos incluidos en las dieciséis categorías, por diversas razones, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad y dificultad respecto a la inserción social. A lo largo del estudio, por cuestiones metodológicas, se mantendrán las denominaciones establecidas en el SIUSS, pese a que en algunos casos la terminología utilizada ha sido actualmente modificada hacia términos más inclusivos.

El segundo bloque está destinado a las necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados. En este ámbito, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que supuso la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia

(SAAD), reconocía un nuevo derecho subjetivo de la ciudadanía. Esto ha llevado a que en los últimos tiempos se haya dedicado una especial atención a estas necesidades y de igual manera se hayan visibilizado, mostrando los altos niveles de necesidad existentes. Como indica la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (2018), en Málaga habría más de 34.000 personas en situación de dependencia. En este terreno las Nuevas tecnologías parecen estar jugando un papel importante, dado que como abalan diversos estudios (Echeburúa, 2012; Gené-Badía et al, 2016; Millán et al, 2003; Turkle, 2008), así como han permitido grandes avances y un sistema de comunicación de gran alcance, también suponen un reto. Las nuevas tecnologías pueden ocasionar la aparición de nuevas causas de necesidad, como evidencia la aparición de la brecha digital o el aislamiento y pérdida de habilidades a causa de la reducción de tejido comunitario y relaciones con contacto directo. El reciente interés en este ámbito ha llevado a poner el foco de este estudio en su relación, como vía para indagar en nuevas formas de atender estas necesidades.

El tercer y último bloque relativo a la detección de nuevas necesidades, pretende anticiparse a nuevos escenarios de necesidad de tendencia futura o inmediata, así como la valoración de necesidades que estando ya presentes no estén recibiendo la atención necesaria y se consideren relevantes y prioritarias en el ámbito de la intervención social.

Todas estas razones han llevado al planteamiento de este estudio, que pretende arrojar información de utilidad para afrontar las necesidades sociales de la ciudad malagueña y se espera, sirvan para mejorar su realidad social.

Objetivos del estudio

El objetivo principal de este estudio es, analizar, detectar y realizar un diagnóstico de necesidades sociales en la ciudad de Málaga a través del juicio de expertos. En concreto se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Detectar nuevas necesidades sociales en la ciudad de Málaga.
2. Obtener consenso entre los expertos sobre la causalidad, frecuencia y prioridad de las necesidades de inserción social catalogadas por el SIUSS.
3. Conocer los factores (protectores, mantenedores y de riesgo) influyentes en las necesidades de inserción social del catálogo del SIUSS según el juicio de los expertos.
4. Explorar la valoración de los expertos acerca de la relación entre soledad, aislamiento y autocuidados y las nuevas tecnologías.
5. Conocer la existencia de necesidades emergentes o invisibilizadas en relación a la soledad, aislamiento y autocuidados.

Debido al carácter exploratorio de este estudio no se han planteado hipótesis. Se espera que los datos, aporten información que sirva para dar respuesta al objetivo general del estudio y, tengan utilidad práctica a la hora de plantear intervenciones en este ámbito. De igual manera, se espera que permitan predecir y anticipar necesidades futuras de la ciudad.

Método

Para esta investigación se ha seguido una metodología cualitativa a través del método Delphi. Se trata de una técnica prospectiva de análisis del entorno, basada en el juicio de expertos cuyo objetivo principal es la obtención de una opinión grupal fidedigna y/o consenso. Como se ha mencionado previamente, resulta especialmente indicada en el

caso que nos ocupa por el carácter exploratorio del estudio y precisa, gracias a la validez aportada por el juicio de expertos.

Participantes

La muestra de este estudio constó de 16 participantes, de los cuales un 37% fueron varones y un 63% mujeres. El 88% de los participantes se encontraba en una franja de edad comprendida entre los 40 y los 60 años, el resto se situaba en edades inferiores. Se formó una muestra con perfiles heterogéneos, procedentes de diversas formaciones Trabajo Social, Psicología, Educación Social y Magisterio y psicopedagogía, de los cuales el 69% de la muestra provenía de Trabajo Social. Todos ellos se encontraban en el momento actual trabajando en diferentes ámbitos de la intervención social y comunitaria en Málaga. En cuanto a la experiencia en el ámbito social, el 88% contaba con más de diez años de experiencia.

El muestreo aplicado fue de tipo no aleatorio por cuotas o accidental. Valorando las características de la técnica Delphi, se estableció un mínimo de 7 participantes y un máximo de 30 para garantizar la fiabilidad de los datos. Los criterios fijados para la elección del panel de expertos fueron los siguientes: 1) Contar con formación y conocimientos en el ámbito de la intervención social y comunitaria, 2) poseer un mínimo de experiencia profesional de dos años y que dicha experiencia hubiese sido adquirida en la ciudad de Málaga, 3) estar trabajando actualmente en el ámbito de la intervención social en Málaga, 4) capacidad para realizar evaluaciones e interpretaciones en relación a las necesidades sociales de la ciudad y 5) disponer de tiempo para la participación eficiente en el estudio. Se contactó con los participantes a través del Observatorio Municipal para la Inclusión Social de Málaga y posteriormente de manera individual con cada uno de ellos asegurando el anonimato y la confidencialidad.

Materiales

Se aplicaron dos cuestionarios de elaboración propia en dos fases consecutivas. Ambos divididos en tres bloques: 1) Necesidades de inserción social, 2) Necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados y 3) Nuevas necesidades. Como se ha indicado, para el primer bloque, se utilizó la clasificación del catálogo de valoraciones del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS). Esta clasificación, incluye dieciséis colectivos en situación de necesidad de inserción social que los expertos tuvieron que valorar. Además, se incluyó un espacio para realizar aportaciones y valoraciones complementarias al final de cada uno de ellos. El primer cuestionario estaba dirigido a la recopilación información relativa a estos bloques, información que resultase interpretable permitiendo su validación mediante el segundo cuestionario. Así, las preguntas del primer cuestionario fueron de tipo abierto y cerradas y para el segundo se utilizaron preguntas abiertas, cerradas, de jerarquización y de expresión del grado de acuerdo mediante una escala tipo Likert (Anexos 1 y 2). Para su creación y aplicación se utilizó la plataforma *Google cuestionarios*.

Tabla 1 Distribución bloques en los cuestionarios

Bloque I. Necesidades de inserción social	
Cuestionario 1	Cuestionario 2
-Causas	-Frecuencia colectivos
-Factores de Riesgo	-Prioridad colectivos
-Factores de protección	-Grado de acuerdo con listados del Cuestionario 1
-Factores mantenedores	-Causas más prioritarias para la intervención
Bloque II. Necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados	
Cuestionario 1	Cuestionario 2
-Existencia o ausencia de relación con las nuevas tecnologías. Argumentos.	-Expresión de acuerdo con la existencia/ausencia de relación con las nuevas tecnologías en función de los argumentos expresados por el grupo.
-Aspectos positivos y negativos de la relación.	-Argumentos de desacuerdo con el grupo.
-Necesidades detectadas o generadas por las nuevas tecnologías.	-Grado de acuerdo con los aspectos positivos y negativos.
	-Grado de acuerdo con las necesidades planteadas.
Bloque III. Nuevas necesidades sociales	
Cuestionario 1	Cuestionario 2
-Necesidades detectadas	-Grado de acuerdo con las necesidades detectadas.

Procedimiento

El método Delphi consta de cuatro fases sucesivas, el periodo de aplicación se prolongó durante los meses de Abril a Julio. Para la aplicación de las fases se generó un cronograma especificando los tiempos y tareas específicas de cada una de ellas. Las características de cada fase se describen a continuación:

Fase I: Formulación del problema.

En esta fase se contactó y se realizaron reuniones con el equipo técnico del Observatorio para la inclusión social de Málaga para definir los objetivos generales y específicos del estudio, identificar las dimensiones a explorar y las posibles fuentes de información. Así como aclarar el método de trabajo, las técnicas a utilizar y establecer las vías de comunicación.

Fase II: Elección de expertos.

Para la elección de los expertos se estableció el perfil mediante los criterios señalados en el apartado de participantes. Se pautó la conformación de una muestra heterogénea con el fin de enriquecer los resultados y su fiabilidad, así como el tamaño muestral recomendado con un mínimo de 7 y un máximo de 30 expertos. Para la valoración de los expertos se utilizó el Coeficiente de Argumentación Ka (Cabero y Barroso, 2013) que evalúa los criterios fundamentales de la opinión del experto a partir de la suma de valores ponderada obtenida en una serie de factores determinados por el Grupo coordinador, en este caso la formación y conocimientos adquiridos, la experiencia profesional y la ocupación actual en la ciudad de Málaga y su relación con los bloques tratados.

Tabla 2 *Ponderación de los factores*

	Bajo	Medio	Alto
Formación y conocimientos	0,1	0,2	0,3
Experiencia	0,3	0,4	0,5
Ocupación	0,05	0,1	0,2

Para el primer criterio de formación, se valoraron como altos los estudios superiores, como medios la formación técnica específica y como bajos otro tipo de formaciones relacionadas con la intervención social y comunitaria. En relación a la experiencia se establecieron tres niveles con un mínimo de dos años (2 a 5 años; 5 a 10 años; más de 10 años). Finalmente, aunque la ocupación se valoró como válida toda aquella directamente relacionada con la intervención social y comunitaria, se establecieron tres niveles según su relación directa con los bloques analizados, siendo el nivel bajo aquellas ocupaciones pertenecientes al ámbito social, pero sin relación con los bloques tratados, el nivel medio atención de manera indirecta y alto atención directa.

Tabla 3 *Determinación del coeficiente de argumentación*

Experto/a	Género	Edad	Form	Exp	Ocu	Ka	Valoración
E1	M	30-39	A	B	A	0,8	Media
E2	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E3	H	50-59	A	A	A	1	Alta
E4	H	50-59	A	A	A	1	Alta
E5	M	20-29	A	B	A	0,8	Media
E6	M	50-59	A	A	A	1	Alta
E7	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E8	H	40-49	A	A	A	1	Alta
E9	H	40-49	A	A	A	1	Alta
E10	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E11	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E12	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E13	M	50-59	A	A	A	1	Alta
E14	H	50-59	A	A	A	1	Alta
E15	M	40-49	A	A	A	1	Alta
E16	H	50-59	A	A	A	1	Alta

Como se observa en la tabla, todos los participantes obtuvieron un Ka superior a 0,8, nivel crítico exigible según Cabero y Barroso (2013). La valoración de la

competencia como experto se valoró como alta para niveles comprendidos entre 0,9 y 1, media para valores entre 0,7 y 0.8 y baja para valores inferiores.

El primer contacto se realizó con el apoyo del observatorio para obtener una primera confirmación de participación, posteriormente se contactó con las personas interesadas a través de correo electrónico. En este primer contacto, para garantizar la motivación, se incluyó una carta de presentación dando la bienvenida, explicando detalladamente los objetivos, el procedimiento, los beneficios del estudio y de la participación y facilitando la información de contacto del grupo coordinador. Aunque inicialmente se contactó con treinta personas finalmente la participación redujo la muestra a dieciséis, número que se consideró óptimo al encontrarse dentro de los límites establecidos.

Fase III: Elaboración y lanzamiento de cuestionarios.

En esta tercera fase, se acordó realizar dos fases de recogida de información y retroalimentación basadas en la literatura previa y los objetivos establecidos por el grupo coordinador. Por lo que se desarrollaron dos cuestionarios ideados para una primera recogida de información y una segunda ronda de búsqueda de acuerdo y afianzamiento de los resultados. Una de las dificultades del método Delphi, es la necesidad de mantener la participación y la motivación del grupo, por este motivo se escogió un formato que resultara atractivo y de fácil aplicación. De igual manera, se tuvo en cuenta que resultaran sencillos, breves y se agradeció y animó la participación durante el proceso. La herramienta utilizada fue *Google cuestionarios*, ambos se enviaron mediante correo electrónico a cada uno de los expertos, dejando un tiempo de dos semanas entre la aplicación del primer y segundo cuestionario. La aplicación online, permitió garantizar el anonimato de las respuestas y facilitar la aplicación en cuestión de tiempo y espacio. Tras

cada aplicación se procedió a dar feedback a los expertos, informando de los resultados obtenidos y de los siguientes pasos a realizar.

Fase IV: Explotación y análisis de los datos.

Para el análisis de los datos se empleó un doble análisis cualitativo y cuantitativo. En el primer cuestionario, destinado prioritariamente a la obtención de información, se analizaron las preguntas de tipo abierto de manera cualitativa, registrando la totalidad de las respuestas y extrayendo categorías comunes que pudiesen ser cuantificadas en la segunda ronda. En el caso de las preguntas cerradas, se obtuvieron los porcentajes para comprobar el grado de acuerdo inicial. La retroalimentación final aportada en esta primera ronda incluía, por tanto, los listados con las categorías establecidas por el grupo, los porcentajes que expresaban el grado de acuerdo y los argumentos aportados por los expertos.

Para el segundo cuestionario, se hizo uso del paquete estadístico SPSS y el programa Microsoft Office Excel. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada variable y de manera adicional, se realizó un análisis de validez de contenido mediante las pruebas de McNemar, V de Aiken y el Coeficiente de Variación. El feedback final facilitaba los resultados por bloques, expresados en frecuencia, prioridad, grado de acuerdo expresado en porcentajes y los argumentos aportados por el panel de expertos.

Para la determinación del consenso entre los participantes se empleó el Coeficiente de Concordancia. Asumiendo como proponen Góngora Castillo et al. (2009) un 60% como un nivel aceptable de acuerdo, y valores comprendidos a partir del 80% como altos. En caso de no obtener un Coeficiente de Concordancia superior a estos niveles, debería realizarse la aplicación de una tercera ronda de evaluación, en este estudio la aplicación de dos rondas fue suficiente para lograr acuerdo entre los expertos.

Como se ha mencionado, los cuestionarios incluían además un apartado para que los participantes pudieran realizar aportaciones y valoraciones, todas estas respuestas fueron recogidas y valoradas.

Resultados

El estudio contó con dos fases de consulta mediante la aplicación de dos cuestionarios y retroalimentación a los expertos en cada una de ellas. Es necesario indicar, que el tamaño muestral del Panel de Expertos se redujo de 16 participantes a 10 participantes en la segunda ronda de consulta, número aún dentro de los límites establecidos. Mediante el primer cuestionario se obtuvo la información necesaria para la creación del segundo cuestionario, en el que los expertos expresaron su grado de acuerdo con dicha información. Para ello, se utilizó una escala Likert ordinal en un rango de 1 a 5 (“En desacuerdo”, “Moderadamente en desacuerdo”, “Sin opinión-Indiferente”, “Moderadamente de acuerdo” y “De acuerdo”) y se pidió la argumentación de aquellas opiniones que se mostraran en desacuerdo con el grupo. Para la determinación del consenso entre los participantes, se empleó el Coeficiente de Concordancia, Cc (Zayas Agüero, 2011) asumiendo, como aconsejan García-Ruíz y Lena-Acebo (2018), el 60% como acuerdos aceptables y valores superiores al 80% como acuerdos altos. Este dato, mostraba la totalidad de respuestas “Moderadamente de acuerdo” y “De acuerdo”, pero no permitía distinguir entre estas dos categorías por lo que, además, se indicó en cada caso el porcentaje de acuerdo alto (“De acuerdo”) de manera que quedasen reflejadas las diferencias entre los ítems. A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada bloque:

Bloque I: Necesidades de inserción social

A partir de los resultados obtenidos en la primera ronda de consulta, se obtuvieron el orden de frecuencia y prioridad de los colectivos con necesidades de inserción social,

los listados completos pueden consultarse en el Anexo 4. Los colectivos valorados como más frecuentes por los expertos fueron el de Inmigrantes, Discapacitados y Transeúntes, que coinciden con los colectivos a los que se da más prioridad en relación a la necesidad de intervención, aunque en diferente orden (Transeúntes, Inmigrantes y Discapacitados).

En este bloque se solicitó a los expertos que expresasen el grado de acuerdo para los listados (Causas, Factores de Riesgo, Factores de Protección y Factores Mantenedores) de cada colectivo con necesidades de inserción social (Anexo 3). Dichos listados, se construyeron categorizando las respuestas aportadas por el grupo en la primera consulta. La tabla 4 muestra los porcentajes obtenidos en cada colectivo.

Tabla 4 *Porcentajes consenso listados necesidades de inserción social*

Colectivo	Causas		Factores Riesgo		Factores Protección		Factores Mantenedores	
	Cc	Alto	Cc	Alto	Cc	Alto	Cc	Alto
Discapacitados	80%	70%	90%	60%	90%	70%	90%	70%
Reclusos y exreclusos	100%	70%	90%	80%	100%	90%	100%	80%
Minorías étnicas	80%	50%	90%	60%	80%	60%	90%	60%
Transeúntes	100%	80%	100%	80%	100%	80%	100%	70%
Adictos al alcohol	90%	60%	90%	60%	80%	50%	90%	70%
Adictos a otras sustancias	80%	60%	90%	70%	70%	50%	90%	50%
Refugiados y exiliados	80%	50%	90%	30%	90%	60%	90%	40%
Emigrantes	80%	60%	90%	60%	80%	60%	90%	50%
Inmigrantes	100%	70%	100%	80%	100%	70%	100%	70%
Prostitución	90%	70%	100%	90%	90%	60%	100%	70%
Enfermos infecto-contagiosos	70%	40%	90%	50%	70%	60%	90%	60%
Enfermos psiquiátricos no hospitalizados	70%	40%	90%	60%	80%	60%	90%	70%
Enfermos terminales	70%	50%	90%	60%	80%	60%	80%	60%
Otras enfermedades	60%	40%	90%	60%	70%	50%	90%	60%
Déficits culturales	80%	40%	90%	70%	80%	50%	90%	50%
Otros grupos (homosexuales, ludópatas, otros)	90%	40%	90%	70%	90%	50%	90%	60%

Los resultados reflejan la consecución de un grado suficiente de acuerdo para todas las categorías, es decir, superior al 60%. De los cuatro listados, los factores de riesgo y mantenedores obtuvieron acuerdos de mayor consenso mientras que las causas y los factores de protección, obtuvieron igualmente un consenso suficiente, pero con menor expresión de acuerdo completo. Como puede observarse, los colectivos que mayor consenso obtienen para todas las categorías son: Reclusos y exreclusos, Transeúntes, Inmigrantes y Prostitución. A modo de ejemplo, en la tabla 5 pueden observarse los listados de causas propuestos por los expertos para dos de estos colectivos. Con menor acuerdo se encuentran los colectivos: Otras Enfermedades, Adictos a otras sustancias y Déficit culturales. En la totalidad de los listados, se observa la presencia de variables relativas al apoyo y rechazo social y la discriminación.

Tabla 5. *Listados de causas de necesidades de inserción social*

Reclusos y exreclusos	Inmigrantes
1. Rechazo social	1. Rechazo social-prejuicios-estereotipos
2. Dificultades integración-participación comunitaria	2. Acogimiento-dificultad desarrollo de vida normalizada
3. Carencia de apoyo social-aislamiento-dificultades relacionales	3. Situación país de origen (causas políticas, económicas, bélicas, pobreza, catástrofes naturales)
4. Bajo nivel educativo	4. Cambio contexto cultural, social, económico
5. Causas laborales (dificultad acceso, precariedad, desfase experiencia/formación)	5. Falta de información Ley de Extranjería
6. Privación de libertad	6. Falta de oportunidades
7. Recursos de inserción (falta de información, ausencia de programas sistémicos)	7. Abuso de poder
8. Bajas habilidades sociales	8. Carencia apoyo social
	9. Barrera idiomática
	10. Barreras administrativas (acreditación formación-experiencia) y legales (regularización situación)
	11. Dificultad de inserción laboral-economía sumergida

En todas las categorías se obtienen porcentajes “De acuerdo” mayores que “Moderadamente de acuerdo”, salvo en el colectivo de Refugiados y exiliados, en el cual ocurre al contrario en el caso de los factores de riesgo. Este colectivo, aunque cuenta con un alto nivel de acuerdo general, es el que presenta más respuestas “Moderadamente de

acuerdo” junto con el colectivo Déficit culturales. No se registraron respuestas en desacuerdo para ningún colectivo, salvo en el caso de Reclusos y Exreclusos que obtuvo una respuesta “Moderadamente en desacuerdo” en el listado de Factores de Riesgo. Se discernía con los factores “restricción horaria del CIS” y “abordaje criminalizante en las intervenciones”.

Tabla 6. *Listados Factores de Riesgo*

Refugiados y Exiliados	Reclusos y exreclusos
1. Aislamiento-soledad-carencia de apoyo social	1. Aislamiento-carencia de apoyo social
2. Barrera cultural	2. Rechazo social
3. Rechazo social	3. Falta de recursos laborales-desempleo
4. Barrera idiomática	4. Entorno delictivo
5. Políticas sociales inadecuadas-discriminación	5. Enfermedad-discapacidad
6. Discapacidad-enfermedad	6. Restricción horaria CIS
7. Barreras administrativas (acreditación títulos, experiencia)	7. Adicción
8. Criminalización-ilegalización condición de exiliado/refugiado	8. Abordaje criminalizante en las intervenciones
9. Desempleo-bajos recursos económicos	9. Falta de visibilidad
10. Bajo nivel educativo	10. Bajo nivel educativo

El último ítem de este bloque abarcaba qué causas dentro del listado, son consideradas por el panel de expertos como más prioritarias para cada colectivo (Anexo 4). Tomando los porcentajes de apoyo obtenidos, el colectivo que mayor consenso obtuvo fue el de Inmigrantes, donde la causa “Dificultad de inserción laboral-economía sumergida” contó con un 50% de apoyo. El resto de colectivos, obtuvieron porcentajes inferiores, planteando mayor cantidad de causas prioritarias.

Tabla 7. *Causas prioritarias colectivo de Inmigrantes*

Inmigrantes
1. Dificultad de inserción laboral-economía sumergida (50%)
2. Rechazo social-prejuicios-estereotipos (30%)
3. Barreras administrativas (acreditación formación-experiencia) y legales (regularización situación) (30%)

Bloque II: Soledad, aislamiento y autocuidados

En el segundo bloque se preguntaba acerca de la existencia de relación entre las nuevas tecnologías y las necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados, así como si estas generaban o evidenciaban necesidades. Ambas preguntas eran cerradas, con dos opciones de respuesta (Si/No) y se preguntaron en las dos rondas de consulta. Los porcentajes obtenidos fueron, en el primer cuestionario del 87,5% y del 75% (N=16) respectivamente y del 90% (N=10) en el segundo cuestionario para ambos casos. Se realizó la comparación de las proporciones mediante la prueba de McNemar, manteniéndose el nivel de acuerdo del grupo entre las dos rondas de consulta ($p \approx 1$). Es decir, que no existen diferencias entre las personas que consideran que hay relación y generan o evidencian necesidades sociales con las que opinan que no entre la primera y la segunda ronda de consulta.

Además, se pidió que argumentasen las respuestas e indicasen tanto los aspectos positivos y negativos de la relación como aquellas necesidades que considerasen que estaban siendo generadas o evidenciadas a raíz de las nuevas tecnologías. Los argumentos a favor de dicha relación indicaron que las nuevas tecnologías pueden proteger o causar soledad y aislamiento y de igual manera potenciar o generar un déficit en el autocuidado.

El Panel de Expertos consideró que los aspectos que ayudan a proteger frente a la soledad y el aislamiento y a favorecer el autocuidado, hacen referencia a que facilitan la comunicación, la relación con el entorno, la autonomía, el conocimiento y a la modificación en las formas de relacionarse. Asimismo, permiten realizar intervención y seguimiento profesional con mayor facilidad. Aquellos aspectos que por el contrario pueden ser causantes de soledad, aislamiento y déficit de autocuidado, aluden a la dependencia, al distanciamiento del usuario con la realidad, la pérdida del contacto directo en las relaciones y la interacción con el entorno. De igual manera, se argumenta

que las nuevas tecnologías pueden reducir el aislamiento al permitir el contacto y la comunicación, pero no protegerían frente a la soledad pues esta depende de relaciones directas. Además, se hizo especial mención a las personas mayores solas y/o en situación de dependencia y a la percepción de las tecnologías como necesidades básicas.

Las posiciones en contra de la relación consideraron que se trataba de una cuestión de competencia en autocuidados. La pérdida de autocuidados y aislamiento no se producirían por la tecnología sino por los recursos de afrontamiento de cada persona y la responsabilidad respecto a la propia vida. De igual manera, indicaron que la soledad, aislamiento y autocuidados se relacionan con una falta de apoyo en los ámbitos sociales, familiares y comunitarios y no con las nuevas tecnologías.

Para los aspectos positivos y negativos de la relación y las necesidades planteadas por el grupo se pidió que expresaran el grado de acuerdo, las Tablas 8 y 9 muestran los resultados obtenidos.

Tabla 8 Aspectos positivos y negativos de la relación con las Nuevas Tecnologías

	Acuerdo	Desacuerdo
1 Facilitan el contacto con otras personas	80% (60% alto)	10% moderadamente en desacuerdo
2 Permiten realizar prevención, intervención y seguimiento profesional	70% (50% alto)	10% moderadamente en desacuerdo
3 Facilitan el aprendizaje	80% (60% alto)	-
4 Fuente de apoyo social	90% (30% alto)	-
5 Conectan al mundo	90% (90% alto)	-
6 Fuente de información ilimitada	90% (60% alto)	-
7 Favorece el autocuidado	40% (30% alto)	20% moderadamente en desacuerdo
8 Pueden generar adicción/dependencia	80% (60% alto)	-
9 Generan soledad/aislamiento	80% (40% alto)	-
10 Incrementan la brecha intergeneracional	80% (50% alto)	-

Con respecto a los aspectos positivos y negativos de la relación, todos los ítems consiguieron un porcentaje de acuerdo suficiente, salvo el aspecto 7 “Favorece el autocuidado” que no superó el 60% de acuerdo. Destaca también “Aspecto 4: Fuente de apoyo social” que, aunque cuenta con un nivel de consenso alto, obtiene mayor número de respuesta de acuerdo moderado. Tan sólo se expresó desacuerdo moderado con los aspectos 1 y 2.

En cuanto a las necesidades generadas o evidenciadas por las nuevas tecnologías, el panel de expertos obtuvo un grado de acuerdo suficiente para todas ellas. Con mayor consenso se encuentra “Falta de empatía y sensibilidad”, la menos apoyada fue “Problemas psicológicos”. Tan sólo se mostró desacuerdo moderado en “Déficits de autocuidados” aunque, en este caso, esta variable alcanzó un consenso aceptable.

Tabla 9 *Necesidades generadas/evidenciadas por las Nuevas Tecnologías*

	Acuerdo	Desacuerdo
Adaptación a las nuevas formas de establecer relaciones sociales	80% (60% alto)	-
Falta de apoyo y pérdida de aspectos relacionales del contacto directo	90% (60% alto)	-
Falta de empatía y sensibilidad	90% (70% alto)	-
Aislamiento/soledad	80% (60% alto)	-
Problemas de comunicación y pérdida de habilidades sociales	80% (70% alto)	-
Problemas psicológicos	60% (40% alto)	-
Déficits de autocuidados	70% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Baja tolerancia a la frustración	90% (60% alto)	-
Problemas en el desarrollo infantojuvenil	80% (60% alto)	-
Menor participación comunitaria	80% (70% alto)	-

Bloque III: Nuevas Necesidades

Este último bloque estaba destinado a conocer la opinión de los expertos en cuanto a aquellas necesidades que consideraban que pudieran estar surgiendo, no se estaban teniendo en cuenta en el momento actual o pudieran surgir a corto/medio plazo. En el primer cuestionario, se obtuvo un listado con todas las necesidades propuestas por el panel y en el segundo, se pidió que expresaran el grado de acuerdo con cada una de ellas. Como puede observarse en la tabla 10, el Coeficiente de Concordancia muestra un grado de acuerdo alto para todas las necesidades (de al menos un 80%), salvo en las necesidades “LGTBI (discriminación)” y “Servicios de intervención social y comunitaria” que serían aceptables con un 70%. Atendiendo al tipo de acuerdo alcanzado comprobamos que, aunque el acuerdo general es alto en casi todos los casos, tan sólo el 40% de las necesidades cuenta con mayor número de respuestas “De acuerdo” frente a “Moderadamente de acuerdo”. También comprobamos que existen respuestas que muestran desacuerdo, siendo la necesidad “LGTBI (Discriminación)” la que cuenta con mayor número de respuestas “Moderadamente en desacuerdo”.

Tabla 10 *Nuevas necesidades*

	Acuerdo	Desacuerdo
Soledad/Aislamiento	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Pobreza/Desigualdad (Nuevos pobres)	80% (60% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Discriminación/Exclusión social	100% (40% alto)	-
Segregación territorial/Barreras arquitectónicas	90% (40% alto)	-
Pérdida de tejido comunitario/Apoyo social	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Autorrealización/Satisfacción con la vida	80% (30% alto)	-
Desmovilización social/Indiferencia	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Nuevas tecnologías (Dependencia, brecha pobreza tecnológica)	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo

Vivienda	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Empleo	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Servicios de intervención social y comunitaria	70% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Personas mayores de 65 años	80% (30% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
LGTBI (Discriminación)	70% (40% alto)	20% Moderadamente en desacuerdo
Familias monoparentales	80% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Violencia filiofamiliar	80% (30% alto)	-
Menores de 14 años con conductas delictivas	90% (30% alto)	-
Necesidad de formar en habilidades blandas a los usuarios del SSAP	90% (30% alto)	-
Necesidad de trabajar en interculturalidad	90% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Desigualdad de género	90% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Gentrificación de los barrios	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo

Análisis de validez de contenido

Una de las principales dificultades del método Delphi proviene de la subjetividad de los criterios del Panel de Expertos, por ello, para asegurar la validez de contenido se empleó el Coeficiente de Validez de Contenido V de Aiken (Aiken, 1985). Este coeficiente muestra la relevancia de los ítems mediante un conjunto de N jueces en un rango de 0 a 1, siendo 1 el acuerdo perfecto entre los jueces respecto a la mayor puntuación posible en la validez de los contenidos evaluados. Para poder comprobar la existencia de mayor acuerdo del esperado por azar, se obtuvieron los intervalos de confianza de V de Aiken mediante la derivación de la ecuación modificada de Penfield y Giacobbi (2004) propuesta por García-Ruiz y Lena-Acebo (2018). Se estableció un nivel de 0,975 para los intervalos de confianza adoptando un criterio de exclusión de $V_0=0.5$. Otro de los indicadores utilizados fue el Coeficiente de Variación, considerando valores aceptables aquellos inferiores al 40% (Ortega, 2008). Se establecieron varios criterios de

revisión y exclusión en función de dichos valores con la intención de exponer las variaciones entre los distintos ítems.

Tabla 11. *Criterios de inclusión y exclusión V de Aiken y CV*

	V de Aiken (V)	Coefficiente de Variación (CV)
Criterio de aceptación	>0.8	<0.25
Criterio de revisión	0.7-0.8	0.25-0.4
Criterio de exclusión	<0.7	>0.4

El criterio de revisión indica que, aún siendo aceptados, los ítems presentan valores oscilantes que se prestan a revisión en futuras rondas de consulta. A continuación, se muestran los resultados de los ítems que cumplieron con los criterios de revisión o exclusión. Los ítems restantes obtuvieron valores adecuados para el criterio de aceptación.

Tabla 12. *Evaluación de los criterios de exclusión y revisión*

Item	Media	DT	CV	V	Intervalo de confianza (50%)	
					Límite inferior	Límite superior
Bloque II: Soledad, aislamiento y autocuidados						
Aspecto 2	4.2	1.09	0.26	0.80	0.65	0.90
Aspecto 7	3.5	1.23	0.35	0.64	0.47	0.77
Déficits de autocuidados	4.2	1.09	0.26	0.80	0.65	0.90
Bloque III: Nuevas necesidades						
Servicios de intervención social y comunitaria	4	1.05	0.26	0.75	0.60	0.85
Personas mayores solas	4	0.94	0.23	0.75	0.60	0.85
LGTBI (Discriminación)	3.9	1.19	0.30	0.72	0.57	0.83

Estos datos, corroboran la información obtenida mediante el Coeficiente de Concordancia e indican que en la mayoría de los ítems el consenso alcanzado por el panel de expertos cuenta con una adecuada validez de contenido. Tan sólo el ítem “Aspecto 7:

Favorece el autocuidado” referente a la relación entre las nuevas tecnologías y la soledad, aislamiento y autocuidado (Bloque II), cumplió con el criterio de exclusión establecido en el intervalo de confianza. Lo ítems “LGTBI (Discriminación)” y “Servicios de intervención social y comunitaria”, referentes a las nuevas necesidades sociales (Bloque III), indicaron necesidad de revisión en los tres valores evaluados. De acuerdo con el Coeficiente de Concordancia (Cc), estos ítems obtuvieron menor respuestas de acuerdo completo. Finalmente, los ítems: “Aspecto 2: Permiten realizar prevención, intervención y seguimiento profesional” referente a la relación entre las nuevas tecnologías y la soledad, aislamiento y autocuidados; “Déficits de autocuidados” referente a las necesidades evidenciadas o generadas por las nuevas tecnologías; y “Personas mayores de 65 años” perteneciente a las nuevas necesidades sociales del Bloque III, sólo cumplieron el criterio de revisión en uno de los indicadores establecidos. En estos casos, se refleja el menor grado de consenso obtenido y las repuestas de desacuerdo expresadas por los expertos.

Aportaciones complementarias del Panel de expertos

Junto con los bloques examinados, al final de cada cuestionario se ofreció a los expertos la posibilidad de añadir las aportaciones que considerasen. Dichas aportaciones, aunque no se incluyeron en el estudio, se recogieron para ser valoradas de cara a futuros trabajos. Entre las aportaciones realizadas encontramos que algunos de los participantes indicaron la necesidad de modificar la terminología empleada en el catálogo del SIUSS y de actualizar las áreas de diagnóstico. De esta manera , se propuso modificar el término “Transeúntes” por “Personas sin hogar”; replantearse si el colectivo de “Enfermos Terminales” debería figurar como colectivo en necesidad de inserción social; separar la categoría “Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)”, puesto que se trata de colectivos con características propias que no pueden aunarse, y

modificar el término “homosexuales” por “Diversidad sexual” de manera que recogiese a la totalidad del colectivo LGTBI. Finalmente, se propuso ampliar el listado incluyendo cinco nuevas categorías (Diversidad sexual, personas mayores solas, familias monoparentales/monomarentales, menores de 14 años con conductas antisociales y familias en situación de violencia filioparental).

Por otro lado, algunos expertos han querido recordar la importancia del trabajo social como vía para potenciar y posibilitar la autorrealización de las personas, así como su empoderamiento en el proceso. Argumento que se sustenta en la ya citada pirámide de necesidades de Maslow.

Discusión y Conclusiones

A lo largo del estudio se ha examinado mediante el método Delphi la opinión de expertos sobre la situación de las necesidades sociales en la ciudad de Málaga. El estudio planteaba diversos objetivos en relación a los tres bloques abordados (Bloque I: Necesidades de inserción social; Bloque II: Soledad, aislamiento y autocuidados; Bloque III: Nuevas necesidades) que buscaban poder analizar, detectar y realizar un diagnóstico social de necesidades. El método Delphi facilita la recopilación de información relativa a la problemática social, proporcionando una opinión grupal fidedigna extraída de un grupo de expertos en la materia. Los datos aportados arrojan información sobre el estado actual de las necesidades sociales de Málaga, así como una previsión de los futuros retos a los que puede tener que enfrentarse.

La situación de partida plantea un escenario que queda reflejado en los resultados obtenidos en los tres bloques. En primer lugar, las necesidades de inserción social ponen de manifiesto la especial atención a los colectivos de Inmigrantes, Transeúntes y Discapacitados, colectivos ya señalados por la investigación previa en el Diagnóstico

Social de 2013. En el caso de la inmigración, que supone casi el ocho por ciento de la población malagueña, se apunta a este colectivo como especialmente vulnerable ante la pobreza, la exclusión y la necesidad de inserción social. En este mismo informe, se destacaba también el elevado número de atención de casos de personas sin hogar y las dificultades para atender a miembros de la familia con necesidades específicas, aspectos de nuevo apoyados por la opinión de los expertos en este estudio.

Atendiendo a la causalidad y los factores de riesgo, mantenedores y protectores encontramos reflejada la complejidad de la realidad social. Los listados propuestos por los expertos en relación a las necesidades de inserción social, muestran una realidad multicausal y multifactorial en la que se produce la interconexión de diferentes elementos. Esto sugiere la necesidad de intervenciones multidisciplinares que asuman modelos de intervención comunitaria ecológicos (Bronfenbrenner, 1979; Caron, 1996). Asimismo, toman especial relevancia aspectos relativos al apoyo y rechazo social, que los señala como elementos clave en el afrontamiento de las necesidades de inserción social y transversales a los 16 colectivos tratados.

En todos los casos se obtuvieron grados de acuerdo suficiente, lo que manifiesta la existencia de consenso entre los expertos sobre la causalidad y factores influyentes en las necesidades de inserción social de la ciudad de Málaga. Si bien es cierto, que el mayor grado de consenso y expresión de acuerdo completo, supone un mayor conocimiento y seguridad respecto a las necesidades y aspectos sobre los que las intervenciones resultaran más efectivas. Es por ello, que este estudio ha querido reflejar las diferencias entre los acuerdos expresados, de manera que, puedan conocerse aquellas categorías que cuentan con mayor diversidad de opinión y puedan estar indicando la necesidad dilucidar sus indicadores. Este es el caso del colectivo de Refugiados y Exiliados, cuyos datos muestran el reto que supone actualmente este colectivo. Finalmente, en las causas señaladas por los

expertos como prioritarias, destaca de nuevo el colectivo de inmigrantes apuntando a las necesidades de inserción laboral, también expuestas en el diagnóstico previo. El resto de colectivos, refleja mayor diversidad de opiniones respecto a aquellas consideradas más susceptibles de intervención en el momento actual. En este sentido, resultaría interesante profundizar en este aspecto para tratar de lograr mayor consenso y coordinación entre los diferentes actores del sector social.

En el segundo bloque referente a las necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados, la mayoría de los expertos coincide sobre la existencia de relación con las nuevas tecnologías. Concretamente actuando como potenciadoras o protectoras de estas variables. La investigación en este ámbito sostiene la divergencia de opiniones respecto a la relación existente, así algunos autores señalan la influencia positiva de las nuevas tecnologías reduciendo el aislamiento y la soledad, mientras que otros señalan que un mal uso de estas podría suponer su incremento (Chen y Schulz, 2016; Millán et al, 2003). Aunque como argumentan los expertos en este estudio, estas dos variables no siempre van de la mano, pudiendo producirse la protección frente al aislamiento, pero no frente a los sentimientos de soledad (Gené-Badia et al, 2016). En cualquier caso, este campo resulta de interés tanto para prevenir e intervenir sobre las dificultades que generan, como para exprimir sus potencialidades.

Cabe destacar la opinión de los expertos respecto a el autocuidado, estos disienten en que las nuevas tecnologías favorezcan el autocuidado, pero si consideran que puedan generar su déficit debido a la presencia de adicciones, la pérdida de interacción con el entorno y del contacto directo en las relaciones interpersonales. Como indican Echeburúa y Corral (2010) la adicción a las TIC interfiere, entre otros aspectos, en el desarrollo de la vida diaria y en los hábitos de autocuidado. Surge aquí, el interés por conocer las posibles potencialidades del uso de las nuevas tecnologías como herramienta y vía de

promoción de conductas de autocuidado y, tal y como muestran los resultados en este estudio, la necesidad de indagar en su capacidad de facilitar la prevención, intervención y seguimiento profesional mediante su uso. Se expone además, su influencia en el incremento de la brecha intergeneracional, lo que apela a la necesidad de generar sociedades inclusivas que no olvide a los llamados “inmigrantes digitales”. Por último, se plantean diversas necesidades generadas o evidenciadas por las nuevas tecnologías, que aluden al cambio en la manera de relacionarse y vincularse, de participar en las comunidades y dificultades entorno a las capacidades, salud y bienestar psicológico, cuestiones apoyadas también por el bagaje empírico (Echeburúa, 2012; Echeburúa y Corral, 2010; Millán et al, 2003; Muñoz, 2002).

El último bloque aporta información sobre los nuevos retos que afronta la intervención social y comunitaria en la ciudad de Málaga. En este bloque encontramos un mayor acuerdo de tipo moderado, lo que indica el interés de profundizar en estas cuestiones para poder prevenir y desarrollar intervenciones eficaces y sustentadas sobre una base de mayor consenso. Entre las diferentes necesidades expresadas por los expertos, surgen algunas cuestiones ya detectadas en el Diagnóstico Social de 2013. Se plantea el surgimiento de “nuevos pobres”, en referencia a aquellas personas que aún empleadas no tienen acceso a un nivel de vida mínimo. Como se indicaba previamente, el fin de la crisis no ha supuesto la mejoría de la pobreza y la exclusión. El diagnóstico social de 2013, ponía de manifiesto esta realidad destacando la carencia de medios para cubrir las necesidades básicas (alimentos, ingresos y alojamiento). Los expertos, señalan la situación de pobreza, desigualdad y exclusión plasmada por los indicadores expuestos en las primeras páginas de este estudio e influida por la existencia de segregación territorial y barreras arquitectónicas. Alertan sobre la situación problemática entorno a la dificultad de acceso a la vivienda y la precariedad del empleo, así como la necesidad de atención a

la inmigración mediante la interculturalidad. Además, de la situación de vulnerabilidad de la población inmigrante señalada a lo largo de todo el estudio, se expone la vulnerabilidad social de otros colectivos como el de mujeres, debido a la desigualdad de género. Según el Informe Global de la Brecha de Género, desarrollado por el Foro Económico Mundial (2018) en España, existe una brecha de género del 74,6%, lo que indica diferencias en relación a la participación económica, política, acceso a la educación y esperanza de vida. También señalan a las familias monoparentales, en su mayoría monomarentales, dato que resulta alarmante si consideramos el anterior índice de brecha de género y la feminización de la pobreza expuesta en el anterior diagnóstico social. Se apunta también a la discriminación a la que está expuesta el colectivo LGTBI, según la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (2018) en el año 2017 se registraron 629 casos de delitos de odio en España. En el presente estudio, este colectivo, aunque con un nivel de consenso suficiente, precisaría de revisión según los datos. Esto se debe, a que obtiene mayor número de respuestas en desacuerdo que otras categorías, aspecto que puede resultar de interés para futuras investigaciones. Finalmente, no se olvida la especial vulnerabilidad de las personas mayores de 65 años, recordando la existencia de la gran cantidad de hogares unipersonales en los que residen personas mayores de 65 años en la ciudad de Málaga y el elevado número de personas en situación de dependencia. Respecto a este último colectivo, resulta interesante que, pese a la preocupación expresada a lo largo del estudio por los expertos respecto a la soledad, aislamiento y vulnerabilidad social, este ítem precisa de revisión. De nuevo, aunque con un consenso elevado, cumple con los criterios establecidos y cuenta con un nivel de acuerdo con mayoría de respuestas de tipo moderado, obteniendo además una respuesta en desacuerdo. Por lo que resultaría de especial interés profundizar en las necesidades sociales de este colectivo y en cómo afrontar dicha situación.

Otras problemáticas señaladas son el incremento de la violencia filio-parental y la situación de menores de 14 años con conductas delictivas. Según la Fundación Amigó (2018), Andalucía es la región que registra mayor número de casos de este tipo de violencia con 1083 expedientes de reforma en el año 2016, incrementándose un 17% respecto al año anterior. Finalmente, se hace mención a problemáticas relativas a la pérdida de tejido y participación comunitaria y al fenómeno reciente de gentrificación de los barrios, que alude al incremento del coste de vida de los estos sin considerar el cuidado de su identidad y la atención a su diversidad. En este ámbito Almeida-García (2018), expone la existencia de actitudes de rechazo hacia aspectos relacionados con este fenómeno en la ciudad de Málaga.

La presente investigación perseguía obtener información y realizar un diagnóstico de las necesidades sociales de la ciudad de Málaga mediante el método Delphi. La técnica ha resultado de gran utilidad, los datos obtenidos mediante esta investigación aportan información valiosa de cara a la planificación de intervenciones que ayuden a mejorar su realidad social y faciliten la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. Dentro de las limitaciones encontradas, indicamos la reducción del tamaño muestral durante la primera y la segunda ronda de consultas. Como es conocido, el método Delphi es un proceso lento y precisa de una alta motivación para evitar abandonos. Así como el interés de realizar futuras rondas de consulta para establecer y lograr un mayor nivel de consenso en aquellas categorías con grados inferiores. Sin embargo, los beneficios de esta técnica han permitido obtener una gran cantidad de datos que propician la apertura de nuevas líneas de investigación, siendo el conocimiento la vía fundamental para acercarnos a mejorar de manera efectiva las necesidades sociales de la población. Finalmente, se resalta la utilidad de la explotación de los datos del SIUSS para el diagnóstico y la intervención social y comunitaria.

Referencias

- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. (2018). Más de 34.000 personas en situación de dependencia usan el servicio de Teleasistencia. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/noticias/not080218/wfnews_view_pub
- Aguilar, M. J. & Ander-Egg, E. (2ªEd). (2001). Diagnostico social. Conceptos y metodología. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen Hvmantitas.
- Aiken, L. R. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013164485451012>
- Almeida-García, F. (2018). Gentrification in Málaga (Spain). Recuperado de: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16562>
- Ayuntamiento de Málaga. (2013). Agenda 21- índice de Gini 2013. Recuperado de: <https://datosabiertos.malaga.eu/dataset/agenda-21-indice-de-gini-2013>
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.
- Cabero, A.J. & Barroso, J. (2013). La utilización del juicio de experto para la evaluación de Tic: El Coeficiente de Competencia Experta”. *Bordón*, 65 (2), 25-38.
- Cabero, A. J. & Infante, M. A. (2014). Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en Comunicación y Educación. *EDUTEC Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 48, 1-16. Recuperado: <http://www.edutec.es/revista/index.php/edutec-e/article/view/187/18>
- Caron, J. (1996). Una teoría ecológica para la intervención comunitaria. *Psychosocial intervention*, 5 (14), 53-68. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2015757>
- Chacón Fuentes, F. (1989). Necesidades sociales y servicios sociales. Papeles del psicólogo, 41-42. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=414>
- Chen, Y. R. & Schulz, P. J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of medical internet research*, 18 (1), 1-11. Doi: 10.2196/jmir.4596
- Cury, S. P. & Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social». breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 23, 9-24. doi:10.14198/ALTERN2016.23.01
- Díaz, E. & Fernández, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26 (2), 431-443. Doi: https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550

- EAPN. (2018). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017. 8º Informe. Madrid: Gestión y Servicios Resources, SL.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Comunicaciones Breves*, 37 (4), 435-447.
- Espadas Alcázar, M. A. (2005). Introducción a los servicios sociales. Tema 2 Las Necesidades sociales. Recuperado de: <http://www4.ujaen.es/~aespadas/TEMA2.pdf>
- García-Ruíz, M.E. & Lena-Acebo, F.J. (2018). Aplicación del método Delphi en el diseño de una investigación cuantitativa sobre el fenómeno FABLAB. *EMPIRIA Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 40, 129-166. Doi: [empiria.40.2018.22014/](https://doi.org/10.1016/j.empiria.40.2018.22014/)
- García Valdés, M. & Suárez Marín, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (2), 253-267.
- Gené-Badia, J., Ruíz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L. & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, 48 (9), 604-609. Doi: [10.1016/j.aprim.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008)
- Gestión Tributaria. (Varios años). Estadísticas de población. Málaga: Gestión Tributaria. Recuperado de: http://gestrisam.malaga.eu/portal/menu/seccion_0010/secciones/subSeccion_0001
- Góngora-Castillo, C., Hernández-Díaz, M., García-Fariñas, A. & Sánchez-Delgado, Z. (2009). Propuesta de competencias laborales para médicos que brindan servicios de atención médica en hoteles cubanos. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 23 (3), 15-26.
- Gordon, T. J. (1994). The Delphi Method. Recuperado de: http://www.gerenciamento.ufba.br/downloads/delphi_method.pdf
- Hernández-Echegaray, A. (2016). Tendencias del Trabajo Social en el ámbito de los Servicios Sociales desde la perspectiva profesional. Estudio Delphi. *COMUNITANIA, Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 12, 45-68.
- INE. (Varios años). Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (Varios años). Indicadores demográficos básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Junta de Andalucía. (2018). Estrategia Regional de Intervención en zonas desfavorecidas en Andalucía. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ESTRATEGIA_ZONAS_2018_01_24.pdf

- Landeta, J. (1999). El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel.
- López Peláez, A. (2009). Prospectiva y cambio social: ¿Cómo orientar las políticas de investigación y desarrollo en las sociedades tecnológicas avanzadas? *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*, 738, 825-836. Doi: 10.3989/arbor.2009.738n1055.
- Martín, M. (2013). Manual de indicadores para el diagnóstico social. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicadores_para_el_diagnostico_social.pdf
- Martín, G., García, A. & Fernández, A. (2011). La distribución de la renta en Málaga. Servicio de Programas europeos del Ayuntamiento de Málaga (Observatorio del Medio Ambiente Urbano)
- Millán, J. C. et al. (2003). Los mayores y las nuevas tecnologías de la comunicación. *Revista Multimedia Gerontología*, 13 (1), 37-42.
- Muñoz, L.D. (2002). Las personas mayores ante las tecnologías de la información y la comunicación. Estudio valorativo. *Profesorado de Curriculum y Formación de Profesorado*, 6 (2), 1-9.
- Negre, M. & Cuesta, J. (2017). La lucha contra la desigualdad en la Agenda 2030. *Colección monografías CIDOB*, 23-34. Recuperado de: https://www.cidob.org/es/articulos/monografias/objetivos_de_desarrollo_sostenible/la_lucha_contra_la_desigualdad_en_la_agenda_2030
- Observatorio Municipal para la Inclusión Social. (2014). Diagnostico Social de la ciudad de Málaga 2013. Málaga: Ayuntamiento de Málaga. Recuperado de: http://observatoriosocial.malaga.eu/opencms/export/sites/observasocial/.galeria-descargas/Diagnostico-Social/DIAGNOSTICO_SOCIAL_2013.pdf
- Observatorio Municipal para la Inclusión Social. (2018). Análisis Social del Municipio de Málaga. Málaga: Ayuntamiento de Málaga. Recuperado de: http://observatoriosocial.malaga.eu/opencms/export/sites/observasocial/.galeria-descargas/Analisis_Municipio_ERACIS_2018_2.pdf
- Omill, N. G. (2015). Introducción al trabajo social. Necesidades .Definiciones y teorías. Recuperado de: http://filo.unt.edu.ar/wpcontent/uploads/2017/05/intro_ts_unidad2_necesidades_17.pdf
- Ortega, F. (2008). El método Delphi, prospección en ciencias sociales. *Revista EAN*, 64, 31-54.
- Pendfield, D. R. & Giacobbi, P. (2004). Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8 (4), 213-225. Recuperado de: https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3

- Reguant-Álvarez, M. & Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9 (1), 87-102. Doi: 10.1344/reire2016.9.1916
- Resolución 71/1 de la Asamblea General “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible” A/RES/71/1 (21 de octubre de 2015), recuperado de: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2003). Técnicas de triangulación y control de calidad en la investigación socioeducativa. Bilbao: Mensajero.
- Red Andaluza contra la Pobreza y la Exclusión social. (2018). Informe sobre el Estado de la Pobreza en Andalucía 2018. Recuperado de: http://eapn-andalucia.org/wp-content/uploads/2018/10/INFORME_17-O_VF.pdf
- Turkle, S. (2008). Always-on/Always-on-you: The Thetered Self. In Katz, J.E. (Ed.), Handbook of Mobile Communication Studies, 121-138. Cambridge: MIT Press.
- Varela-Ruíz, M., Díaz-Bravo, L. & García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1 (2), 47-103. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-X2007505712427047>
- World Economic Forum. (2018). The Global Gender Gap Report 2018. Recuperado de: http://prohumana.cl/wp-content/uploads/2018/12/WEF_GGGR_2018.pdf
- Zayas Agüero, P. M. (2011). El proceso del análisis y la descripción con las especificaciones para confeccionar la matriz de las competencias y construir un perfil del cargo de ocupación. Ejemplo de dependiente gastronómico en la rama turística. *Revista de Investigación en Turismo y Desarrollo Local*, 4 (9). Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/turydes/09/index.htm>

Anexos**Anexo 1. Cuestionario 1****Diagnóstico de necesidades sociales de Málaga
mediante el método DELPHI**

¡Bienvenido/a y gracias por tu participación!

Antes de empezar recuerda:

- Todas las preguntas hacen referencia a la ciudad de Málaga en el momento actual.
- Responde bajo tu criterio, no hay respuestas correctas ni incorrectas.
- Tus respuestas serán ANÓNIMAS y únicamente serán utilizadas con fines académicos.

De nuevo gracias por tu interés y tu tiempo, tus respuestas son de gran importancia para conocer la realidad social de Málaga y poder contribuir a mejorarla.

Datos generales

Te agradecemos tu sinceridad, tus respuestas seguirán siendo anónimas y podremos realizar una mejor valoración de los datos obtenidos.

Género:

Mujer

Hombre

Otro _____

Edad:

20-29

30-39

40-49

50-59

60 o más

Formación

Trabajador/a social

Psicólogo/a

Educador/a social

Otro _____

Ocupación _____

Años de experiencia en el ámbito social

2-5

5-10

10 o más

Bloque I: Necesidades de inserción social

Las siguientes preguntas, hacen referencia a colectivos en situación de necesidad de inserción social indicados en el siguiente listado. Dichos grupos han sido seleccionados a partir del catálogo de valoración de necesidades del SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales).

COLECTIVOS CON NECESIDAD DE INSERCIÓN SOCIAL:

- 1 DISCAPACITADOS (FÍSICOS, PSÍQUICOS, SENSORIALES)
- 2 RECLUSOS Y EX-RECLUSOS
- 3 MINORÍAS ÉTNICAS
- 4 TRANSEÚNTES
- 5 ADICTOS AL ALCOHOL
- 6 ADICTOS A OTRAS SUSTANCIAS TOXICAS
- 7 REFUGIADOS Y EXILIADOS
- 8 EMIGRANTES
- 9 INMIGRANTES
- 10 PROSTITUCIÓN
- 11 ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS
- 12 ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS NO HOSPITALIZADOS
- 13 ENFERMOS TERMINALES
- 14 OTRAS ENFERMEDADES
- 15 DÉFICITS CULTURALES
- 16 OTROS GRUPOS EN SITUACIÓN DE NECESIDAD (HOMOSEXUALES, LUDÓPATAS, OTROS)

Señala, para cada uno de los colectivos que aparecen en el listado expuesto en la cabecera, las CAUSAS de sus necesidades de inserción social. Indica como mínimo una causa por cada colectivo.

Señala, para cada uno de los colectivos anteriores, los factores que consideres DE RIESGO para presentar necesidades de inserción social. Indica al menos un factor por cada colectivo.

Para los mismos colectivos, indica los factores que consideres de **PROTECCIÓN** ante necesidades de inserción social. Señala como mínimo un factor por cada colectivo.

Indica para dichos colectivos, los factores que ayudan a **MANTENER** situaciones de necesidad de inserción social. Señala como mínimo un factor por cada colectivo.

Bloque II: Necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados.

¿Consideras que existe relación entre la soledad, el aislamiento, los autocuidados y las nuevas tecnologías?

Si		No	
----	--	----	--

Argumenta tu respuesta. En caso afirmativo, indica los aspectos positivos y negativos de dicha relación.

¿Consideras que las nuevas tecnologías están generando o evidenciando necesidades en relación a la soledad, el aislamiento y los autocuidados? Indica cuáles.

Bloque III: Nuevas necesidades sociales

¿Qué necesidades sociales has detectado que estén surgiendo, no se tengan en cuenta en el momento actual o puedan surgir a corto/medio plazo y consideres importantes en el ámbito de la intervención social?

¡Muchas gracias por tu participación!

Si deseas realizar algún comentario o aportación puedes hacerlo aquí debajo.

¿Qué deseas aportar?

Anexo 2. Cuestionario 2**Diagnóstico de necesidades sociales de Málaga
mediante el método DELPHI (2)**

¡Bienvenido/a de nuevo!

En primer lugar, queremos agradecerte el esfuerzo, la primera colaboración ha salido de maravilla y

estamos obteniendo resultados muy interesantes. ¡Esta vez el cuestionario es mucho más sencillo! Las siguientes preguntas contienen los resultados del grupo y queremos saber si estás de acuerdo con ellos.

Antes de empezar:

-Lee atentamente la información de cada bloque para poder completar este segundo paso. Como sabes, el objetivo de este estudio es tratar de obtener un consenso grupal y por ello es importante que conozcas las opiniones del resto
¡PERO TRANQUILO/A NOS HEMOS ENCARGADO DE AGRUPAR Y SIMPLIFICAR LAS RESPUESTAS!

-Responde bajo tu criterio, no hay respuestas correctas ni incorrectas.

-Tus respuestas serán ANÓNIMAS y únicamente serán utilizadas con fines académicos.

Bloque I: Necesidades de inserción social

Las siguientes preguntas hacen referencia a colectivos en situación de necesidad de inserción social los colectivos han sido seleccionados a partir del catálogo de valoración de necesidades del SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales).

COLECTIVOS CON NECESIDADES DE INSERCIÓN SOCIAL:

- 1 DISCAPACITADOS (FÍSICOS, PSÍQUICOS Y SENSORIALES)
- 2 RECLUSOS Y EX-RECLUSOS
- 3 MINORÍAS ÉTNICAS
- 4 TRANSEÚNTES
- 5 ADICTOS AL ALCOHOL
- 6 ADICTOS A OTRAS SUSTANCIAS
- 7 REFUGIADOS Y EXILIADOS
- 8 EMIGRANTES
- 9 INMIGRANTES
- 10 PROSTITUCIÓN
- 11 ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS
- 12 ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS NO HOSPITALIZADOS
- 13 ENFERMOS TERMINALES
- 14 OTRAS ENFERMEDADES
- 15 DÉFICITS CULTURALES
- 16 OTROS GRUPOS EN SITUACIÓN DE NECESIDAD (HOMOSEXUALES, LUDÓPATAS, OTROS)

Ordena en función de su FRECUENCIA los colectivos con necesidades de inserción social mostrados en la parte de arriba de esta sección (El valor 1 indica el valor 1= la mayor frecuencia y el valor 16=la menor frecuencia)

- | | |
|----|-----|
| 1. | 9. |
| 2. | 10. |
| 3. | 11. |
| 4. | 12. |
| 5. | 13. |
| 6. | 14. |
| 7. | 15. |
| 8. | 16. |

Ordena en función de su PRIORIDAD los colectivos con necesidades de inserción social mostrados en la parte de arriba de esta sección (El valor 1 indica el valor 1= la mayor prioridad y el valor 16=la menor prioridad)

- | | |
|-----|-----|
| 1. | 11. |
| 2. | 12. |
| 3. | 13. |
| 4. | 14. |
| 5. | 15. |
| 6. | 16. |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |

Necesidades de inserción social: CAUSAS

Indica tu grado de acuerdo con los listados de causas de necesidades de inserción social de cada colectivo.
Marca solo un óvalo por fila.

<i>Colectivo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Discapacitados (Físicos, psíquicos y sensoriales)					
Reclusos y Exreclusos					
Minorías étnicas					
Transeúntes					
Adictos al alcohol					
Adictos a otras sustancias					
Refugiados y exiliados					
Emigrantes					
Inmigrantes					
Prostitución					
Enfermos Infectocontagiosos					
Enfermos psiquiátricos no hospitalizados					
Enfermos Terminales					
Otras Enfermedades					
Déficits Culturales					
Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)					

Sólo si para algún colectivo tu respuesta ha sido "Moderadamente en desacuerdo" o "En desacuerdo" indica aquellas causas que consideres que no deberían aparecer en el listado como se muestra en el ejemplo (Ej:1. Discapacitados: Causa; 2. Reclusos y exreclusos: Causa)

Necesidades de inserción social: FACTORES DE RIESGO

Indica tu grado de acuerdo con los listados de factores de riesgo de necesidades de inserción social de cada colectivo.

Marca solo un óvalo por fila.

<i>Colectivo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Discapacitados (Físicos, psíquicos y sensoriales)					
Reclusos y Exreclusos					
Minorías étnicas					
Transeúntes					
Adictos al alcohol					
Adictos a otras sustancias					
Refugiados y exiliados					
Emigrantes					
Inmigrantes					
Prostitución					
Enfermos Infectocontagiosos					
Enfermos psiquiátricos no hospitalizados					
Enfermos Terminales					
Otras Enfermedades					
Déficits Culturales					
Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)					

Sólo si para algún colectivo tu respuesta ha sido "Moderadamente en desacuerdo" o "En desacuerdo" indica aquellos factores de riesgo que consideres que no deberían aparecer en el listado como se muestra en el ejemplo (Ej:1. Discapacitados: Causa; 2. Reclusos y exreclusos: Causa)

Necesidades de inserción social: FACTORES DE PROTECCIÓN

Indica tu grado de acuerdo con los listados de factores de protección de necesidades de inserción social de cada colectivo.

Marca solo un óvalo por fila.

<i>Colectivo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Discapacitados (Físicos, psíquicos y sensoriales)					
Reclusos y Exreclusos					
Minorías étnicas					
Transeúntes					
Adictos al alcohol					
Adictos a otras sustancias					
Refugiados y exiliados					
Emigrantes					
Inmigrantes					
Prostitución					
Enfermos Infectocontagiosos					
Enfermos psiquiátricos no hospitalizados					
Enfermos Terminales					
Otras Enfermedades					
Déficits Culturales					
Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)					

Sólo si para algún colectivo tu respuesta ha sido "Moderadamente en desacuerdo" o "En desacuerdo" indica aquellos factores de protección que consideres que no deberían aparecer en el listado como se muestra en el ejemplo (Ej:1. Discapacitados: Causa; 2. Reclusos y exreclusos: Causa)

Bloque I: Necesidades de inserción social FACTORES MANTENEDORES

Indica tu grado de acuerdo con los listados de factores mantenedores de necesidades de inserción social de cada colectivo.

Marca solo un óvalo por fila.

<i>Colectivo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Discapacitados (Físicos, psíquicos y sensoriales)					
Reclusos y Exreclusos					
Minorías étnicas					
Transeúntes					
Adictos al alcohol					
Adictos a otras sustancias					
Refugiados y exiliados					
Emigrantes					
Inmigrantes					
Prostitución					
Enfermos Infectocontagiosos					
Enfermos psiquiátricos no hospitalizados					
Enfermos Terminales					
Otras Enfermedades					
Déficits Culturales					
Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)					

Sólo si para algún colectivo tu respuesta ha sido "Moderadamente en desacuerdo" o "En desacuerdo" indica aquellos factores mantenedores que consideres que no deberían aparecer en el listado como se muestra en el ejemplo (Ej:1. Discapacitados: Causa; 2. Reclusos y exreclusos: Causa)

Bloque II: Necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados.

¿Consideras que existe relación entre la soledad, el aislamiento, los autocuidados y las nuevas tecnologías?

Si		No	
----	--	----	--

Sólo si has respondido que No a la pregunta anterior, expón tus razones.

Sólo si has respondido que SI a la primera pregunta, indica tu grado de acuerdo con los aspectos positivos y negativos sugeridos por el grupo

	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Facilitan el contacto con otras personas					
Permiten realizar prevención, intervención y seguimiento profesional					
Facilitan el aprendizaje					
Fuente de apoyo social					
Conectan al mundo					
Fuente de información ilimitada					
Favorecen el autocuidado					
Pueden generar adicción/dependencia					
Generan soledad/aislamiento					
Incrementa la brecha intergeneracional					

Teniendo en cuenta los datos, indica de nuevo si crees que las nuevas tecnologías están generando o evidenciando necesidades en cuanto a la soledad, el aislamiento y el autocuidado.

Si		No	
----	--	----	--

Sólo si has respondido que NO a la pregunta anterior, expón tus razones.

Sólo si tu respuesta ha sido AFIRMATIVA, indica tu grado de acuerdo con las necesidades planteadas por el grupo

	<i>En desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Sin opinión/indiferente</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>
Adaptación a las nuevas formas de establecer relaciones sociales					
Falta de apoyo y pérdida de aspectos relacionales del contacto directo					
Falta de empatía y sensibilidad					
Aislamiento/soledad					
Problemas de comunicación y pérdida de habilidades sociales					
Problemas psicológicos					
Déficits de autocuidados					
Baja tolerancia a la frustración					
Problemas en el desarrollo infantojuvenil					
Menor participación comunitaria					

Bloque III: Nuevas necesidades sociales

ACLARACIÓN DE CONCEPTOS:

- NUEVOS POBRES: Alude a personas empleadas sin acceso a recursos/prestaciones, pero cuyos ingresos no permiten un nivel de vida mínimo.
- BRECHA POBREZA TECNOLÓGICA: Se refiere a la exclusión social y el incremento de desigualdad y pobreza debido a la imposibilidad de acceso a nuevas tecnologías.
- VIVIENDA: Incluye la dificultad de acceso, la falta de respuesta adecuada y de flexibilidad en el acceso a vivienda social.
- EMPLEO: Alude a la dificultad acceso, la precariedad y al elevado número de parados de larga duración.
- SERVICIOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA: Incluye la falta de profesionales para atender a las necesidades, la necesidad de orientar las intervenciones desde una perspectiva participativa, comunitaria e integral más allá de prestaciones económicas y la existencia de prestaciones económicas bajas.

-PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: Necesidad de mejorar políticas de envejecimiento activo, falta de prevención del deterioro social y personal, espacios residenciales inadecuados y falta de recursos comunitarios.

-GENTRIFICACIÓN: hace referencia a la transformación de los barrios incrementándose el coste de vida, sin considerar el cuidado de su identidad y la atención a su diversidad.

-LGTBI: Colectivo de personas lesbianas,gays,transexuales,bisexuales e intersexuales.

Indica tu grado de acuerdo con las necesidades que el grupo considera que están surgiendo, no se están teniendo en cuenta en el momento actual o van a aparecer a corto/medio plazo y son importantes en el ámbito de la intervención social.

	En desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Sin opinión/ indiferente	Moderadamente de acuerdo	De acuerdo
Soledad/Aislamiento					
Pobreza/Desigualdad (Nuevos pobres)					
Discriminación/Exclusión social					
Segregación territorial/Barreras arquitectónicas					
Pérdida de tejido comunitario/Apoyo social					
Autorrealización/Satisfacción con la vida					
Desmovilización social/Indiferencia					
Nuevas tecnologías (Dependencia, brecha pobreza tecnológica)					
Vivienda					
Empleo					
Servicios de intervención social y comunitaria					
Personas mayores de 65 años					
LGTBI (Discriminación)					
Familias monoparentales					
Violencia filiofamiliar					
Menores de 14 años con conductas delictivas					
Necesidad de formar en habilidades blandas a los usuarios del SSAP					
Necesidad de trabajar en interculturalidad					
Desigualdad de género					
Gentrificación en los barrios					

¡Muchas gracias por tu participación!

Si deseas realizar algún comentario o aportación puedes hacerlo aquí debajo.

Anexo 3. Listados Causas, Factores de Riesgo, Factores de Protección, Factores Mantenedores

Listado causas de necesidades de inserción social

1 Discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales): 1.Estereotipos-Falta información sociedad //2.Falta acondicionamiento espacios públicos //3.Capacidad de autonomía//4.Barreras sociales/físicas/sensoriales/cognitivas //5.Rechazo social Exclusión social // 6. Dificultades mercado laboral (acceso, adaptación del entorno).

2 Reclusos y ex-reclusos: 1.Rechazo social // 2. Dificultades integración-participación comunitaria // 3. Carencia apoyo social-aislamiento-dificultades relacionales // 4. Bajo nivel educativo // 5. Causas laborales (dificultad acceso, precariedad, desfase experiencia/formación) // 6. Privación de libertad // 7. Recursos inserción (falta de información, ausencia de programas sistémicos) // 8. Bajas habilidades sociales.

3 Minorías étnicas: 1. Rechazo social // 2. Dificultades comunicativas-Barrera idiomática // 3. Dificultades culturales (propia cultura-identidad, multiculturalidad) // 4. Dificultades integración laboral // 5. Dificultades integración social // 6. Dificultades de adaptación // 7. Desigualdad de oportunidades // 8.Segregación territorial // 9. Bajo nivel educativo

4 Transeúntes: 1. Dificultad acceso a recursos, servicios--Falta información alojamientos de urgencia // 2. Dificultad para realizar actividades normalizadas // 3. Vivienda (carencia, mal estado, inestabilidad) // 4. Deterioro social-aislamiento-carencia apoyo social //5. Deterioro salud (higiene, enfermedad) // 6. Vivencia de situaciones traumáticas // 7.Desempleo-precariedad laboral // 8. Rechazo social // 9. Salud mental (problemas psicológicos-conductuales) // 10. Ausencia abordajes sistémicos // 11. Carencia de respeto a sus decisiones y tiempos.

5 Adictos al alcohol: 1. Dificultades participación comunitaria // 2. Entorno social deteriorado-carencia apoyo social // 3. Dificultad desarrollo vida normalizada // 4. Adicción-abuso sustancias //5. Falta de información-acceso recursos inserción social // 6. Salud mental (problemas psicológicos-conductuales) // 7. Dificultades laborales- bajos recursos económicos // 8. Rechazo social // 9. Incoherencia políticas educativas y mediáticas.

6 Adictos a otras sustancias: 1. Entorno social deteriorado-carencia apoyo social // 2. Dificultad participación comunitaria // 3. Adicción-abuso sustancias // 4. Falta de información-acceso recursos inserción social // 5. Salud mental (problemas psicológicos-conductuales) // 6. Dificultades laborales // 7. Falta de control de impulsos-baja tolerancia a la frustración-asunción de normas // 8. hábitos adquiridos en la adolescencia // 9. Incoherencia políticas educativas y mediáticas.

7 Refugiados y exiliados: 1. Barrera idiomática // 2. Rechazo social // 3. Barreras legales (regularización situación) y administrativas (homologación formación-experiencia) // 4. Causas políticas situación país de origen // 5. Vivencias traumáticas // 6. Falta de información alojamiento de urgencia // 7. Cambio contexto cultural // 8. Falta de oportunidades // 9. Carencia apoyo social// 10. Políticas contrarias a los Derechos Humanos// 11. Carencia cobertura necesidades básicas.

8 Emigrantes: 1. Pérdida de vínculos con el país de origen // 2. Dificultad de desarrollo de vida normalizada en el país acogedor // 2. Acogimiento-pérdida de derechos al retorno // 3. Falta de oportunidades en el país de origen // 4. Falta de información de la Ley de Extranjería // 5. Desarraigo // 6. Ausencia de programas de apoyo.

9 Inmigrantes: 1. Rechazo social-prejuicios-estereotipos // 2. Acogimiento-dificultad desarrollo de vida normalizada // 3. Situación país de origen (causas políticas, económicas, bélicas, pobreza, catástrofes naturales) //4. Cambio contexto cultural, social, económico // 5. Falta de información Ley de Extranjería // 6. Falta de oportunidades // 7. Abuso de poder // 8. Carencia apoyo social// 9. Barrera idiomática // 10. Barreras administrativas (acreditación formación-experiencia) y legales (regularización situación) // 11. Dificultad de inserción laboral-economía sumergida.

10 Prostitución: 1. Deterioro personal // 2. Rechazo social // 3. Dificultades relación con el entorno // 4. Dificultad para ejercer los Derechos de la Ciudadanía- cobertura de necesidades básicas // 5. Empleo (desempleo, precariedad, dificultad de acceso, falta de experiencia) //6. Trata de personas con fines de explotación sexual // 7. Prácticas sexuales de riesgo // 8. Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 9. Machismo-abuso de poder // 10. Pobreza-exclusión social // 11. Falta de oportunidades // 12. Deudas // 13. Bajo nivel educativo // 14. Carencia apoyo social.

11 Enfermos infecto-contagiosos: 1. Rechazo social // 2. Carencia apoyo social-dificultad para relacionarse // 3. Falta de prevención // 4. Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 5. Bajos recursos económicos // 6. Falta de educación-información sobre la enfermedad // 7. Falta de protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud.

12 Enfermos psiquiátricos no hospitalizados: 1. Rechazo social // 2. Falta de información sobre la Ley de Dependencia // 3. Problemas psicológicos-conductuales // 3. Carencia apoyo social- Dificultades relacionales (habilidades sociales) // 4. Bajos recursos económicos // 5. Falta de tratamiento/baja adherencia // 6. Falta de protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud.

13 Enfermos terminales: 1. Falta-imposibilidad de participación comunitaria// 2. Dificultad desarrollo de vida normalizada // 3. Necesidad de tratamientos paliativos-dificultades de la enfermedad// 4. Carencia de poder de decisión// 5. Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 6. Bajos recursos económicos // 7. Carencia apoyo

social-dificultad para relacionarse // 8. Ausencia de programas públicos de atención social.

14 Otras enfermedades: 1. Rechazo social // 2. Problemas de salud // 3. Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 4. Carencia apoyo social-Dificultad para relacionarse // 5. Bajos recursos económicos // 6. Bajo nivel educativo // 7. Falta de protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud // 8. Ausencia programas de atención a enfermedades crónicas.

15 Déficit culturales: 1. Dificultad de acceso a recursos // 2. Dificultad para relacionarse // 3. Rechazo social // 4. Dificultad de adaptación social // Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 4. Dualidad del mercado laboral // 5. Fallo del sistema educativo.

16 Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros): 1. Rechazo social/ 2. Falta de igualdad de derechos // 3. Carencia apoyo social // 4. Falta de prevención // 5. Problemas de convivencia-familiares // 6. Violencia filiofamiliar // 7. Soledad personas mayores // 8. Menores de 14 años con conductas delictivas // 9. Falta de información-acceso a recursos de inserción social // 10. Aumento de manifestaciones de discriminación y ausencia de consecuencias.

. Listado factores de riesgo

1 discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales): 1. Dificultad de acceso a recursos de protección social // 2. Empleo (dificultad acceso, desempleo, falta de adaptación del mercado laboral) // 3. Dificultad de integración // 4. Falta de integración diversidad funcional en centros escolares // 5. Barreras sociales, físicas, psíquicas, sensoriales // 6. Carencia apoyo social-soledad // 8. Bajos recursos económicos // 9. Invisibilidad-falta de sensibilización social.

2 reclusos y ex-reclusos: 1. Aislamiento-carencia apoyo social // 2. Rechazo social // 3. Falta de recursos laborales- desempleo // 4. Entorno delictivo // 5. Enfermedad-discapacidad // 6. Restricción horaria CIS // 7. Adicción // 8. Abordaje criminalizante en las intervenciones // 9. Falta de visibilidad // 10. Bajo nivel educativo.

3 minorías étnicas: 1. Barrera idiomática // 2. Barrera cultural // 3. Rechazo social-estereotipo delincuencia // 4. Dificultad acceso mercado laboral-economía sumergida // 5. Enfermedad-discapacidad // 6. Dificultad participación comunitaria-social // 7. Bajo nivel educativo (abandono prematuro) // 8. Vivienda (infravivienda, ocupación)

4 transeúntes: 1. Carencia apoyo social-deterioro social // 2. Problemas psicológicos-conductuales // 3. Rechazo social // 4. Falta de recursos de inserción // 5. Familiares con enfermedad grave-incapacidad // 6. Discapacidad-enfermedad // 7. Adicción // 8. Empleo (parado larga duración, precariedad, baja empleabilidad, itinerario irregular) // 9. Falta de acceso a recursos-prestaciones // 10. Vinculación con redes de delincuencia // 11. Vivienda (insuficiente, malas condiciones, hacinamiento, carencia, inestabilidad, movilidad) // 12. Falta de participación comunitaria // 13. Baja motivación al cambio/compromiso- capacidad de pedir ayuda // 13. Bajos recursos económicos // 14. Invisibilidad-falta de sensibilización social.

5 adictos al alcohol: 1. Problemas psicológicos-conductuales // 2. Carencia apoyo social-dificultad para relacionarse-entorno social deteriorado //3. Empleo (dificultad desempeño, desempleo, parados de larga duración) // 4. Cultura tolerante con el alcohol // 5. Adicción-abuso de sustancias // 6. Discapacidad enfermedad // 7. Falta de habilidades de afrontamiento // 8. Falta de control socioeducativo.

6 adictos a otras sustancias: 1. Problemas psicológicos-conductuales // 2. Carencia apoyo social dificultad para relacionarse-entorno social deteriorado // 3. Facilidad de adquisición // 4. Baja percepción de riesgo // 5. Adicción-abuso de sustancias // 6. Falta de habilidades de afrontamiento // 7. Medio de economía sumergida// 8. Desempleo-parados de larga duración.

7 refugiados y exiliados: 1. Aislamiento-soledad-carencia apoyo social // 2. Barrera cultural // 3. Rechazo social // 4. Barrera idiomática// 5. Políticas sociales inadecuadas-discriminatorias // 6. Discapacidad-enfermedad // 7. Barreras administrativas (acreditación títulos, experiencia) // 8.Criminalización-ilegalización condición de exiliado-refugiado // 9. Desempleo-bajos recursos económicos // 10. Bajo nivel educativo.

8 emigrantes: 1. Carencia apoyo social-aislamiento // 2. Barrera idiomática// 3. Barrera cultural // 4. Dificultad de adaptación social // 5. Discapacidad-enfermedad// 6. Dificultad acceso mercado laboral-edad no preferente // 7. Desprotección social y legal // 8. Desarraigo.

9 inmigrantes: 1. Barrera idiomática // 2. Barrera cultural//3. Rechazo social // 4. Políticas sociales inadecuadas // 5. Dificultad de adaptación // 6. Discapacidad-enfermedad // 7. Aislamiento-carencia apoyo social // 8. Empleo (precariedad, itinerario irregular, falta de experiencia, desempleo) // 9. Delincuencia // 10.Familias monoparentales // 11. Falta de participación comunitaria // 12. Hijos (absentismo escolar, necesidades especiales) // 13. Bajo nivel educativo // 14. Bajos recursos económicos // 15. Dificultad de acceso a vivienda // 16.Barreras legales (documentación, permisos) y desprotección.

10 prostitución: 1. Pertener a minorías étnicas, emigrantes, áreas rurales // 2. Aislamiento-soledad // 3. Falta de participación comunitaria// 4. Deterioro personal // 5. Empleo (dificultad acceso, parados larga duración, precariedad, itinerario irregular, baja empleabilidad) // 6. Asociación con trata de personas delincuencia // 7. Doble moral sociedad (legalización-abolición) // 8. Problemas salud (enfermedades transmisión sexual ETS, otras) // 9. Bajo nivel formativo // 10. Discapacidad // 11. Pobreza // 12. Indefensión-desprotección // 13. Sin acceso a recursos-prestaciones // 14. Historia familiar (violencia, desestructuración, apego) // 15. Embarazo adolescente // 16. Baja motivación al cambio-compromiso-capacidad pedir ayuda // 17. Rechazo social // 18.Desigualdad.

11 enfermos infecto-contagiosos: 1. Falta de información sociedad // 2. Rechazo social // 3. Aislamiento-carencia apoyo social // 4. Bajos recursos económicos // 5. Individualismo // 6. Exclusión social // 7. Dificultad acceso mercado laboral // 8. Ausencia protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de salud.

12 enfermos psiquiátricos no hospitalizados: 1. Falta de información sociedad // 2. Rechazo social // 3. Presencia de crisis enfermedad// 4. Falta de tratamiento-baja adherencia-seguimiento profesional // 5. Problemas psicológicos-conductuales

(conductas disociales) // 6. Carencia apoyo social// 7. Bajos recursos económicos // 8. Individualismo /// 9. Dificultad acceso mercado laboral // 10. Ausencia protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de salud // 11. Falta de recursos públicos.

13 enfermos terminales: 1. Dificultad para relacionarse con el entorno // 2. Necesidad de tratamiento diificultad de acceso // 3. Falta de poder de decisión (muerte digna) // 4. Final ciclo vital // 5. Carencia apoyo social // 6. Bajos recursos económicos // 7. Individualismo // 8. Ausencia protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de salud.

14 otras enfermedades: 1. Pérdida de autonomía // 2. Calidad de vida // 3. Dificultad acceso mercado laboral // 4. Carencia apoyo social-dificultad para relacionarse // 5. Problemas de salud // 6. Bajos recursos económicos // 7. individualismo // 8. Exclusión social // 9 . Falta de tratamiento-baja adherencia seguimiento profesional y dificultad de acceso // 10. Ausencia protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de salud.

15 déficits culturales: 1. Carencia apoyo social // 2. Rechazo social // 3. Barrera cultural // 4. Discapacidad-enfermedad // 5. Precariedad mercado laboral // 6. Educación (bajo nivel/analfabetismo, falta de adaptaciones curriculares) // 7. Rechazo a la integración social.

16 otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros): 1. Rechazo social y laboral // 2. Políticas inadecuadas-ausencia // 3. Trivialización de las reivindicaciones // 4. Personas mayores solas // 5. Familias monoparentales // 6. Familia (Conflictos, desestructuración, violencia) // 7. Menores de 14 años con conductas delictivas // 8. Exclusión social // 9. Discapacidad-enfermedad// 10. Carencia apoyo social.

. Listado factores protectores

1 discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales): 1. Potenciación de capacidades-autonomía // 2. Apoyo social // 3. Políticas de inserción social // 4. Inserción laboral-recursos económicos // 5. Accesibilidad // 6. ONGs-redes de apoyo // 7. Sensibilización social // 8. Protocolo de coordinación interadministraciones // 9. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 10. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 11. Independencia intereses políticos y económicos //12. Legislación/apoyo legal (discriminación positiva).

2 reclusos y ex-reclusos: 1. Resiliencia // 2. Formación // 3. Inserción laboral-recursos económicos // 4. Apoyo social-redes de apoyo // 5. Políticas de inserción social // 6. Disciplina // 7. Permiso de trabajo en tercer grado // 8. Subsidio de excarcelación // 9. Intervención en CIS (planes de integración social, planes de alfabetización y deshabitación por C.P.D) // 10. Seguimiento profesional exreclusos // 11. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 12. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 13. Independencia intereses políticos y económicos // 14.Legislación/apoyo legal.

3 minorías étnicas: 1. Apoyo social // 2. Apoyo propio grupo // 3. ONGs/ Grupos de ayuda // 4.Aceptación-integración diversidad // 5. Eliminación segregación territorial // 6. Inserción laboral // 7. Legislación-apoyo legal // 8. Aumento de inversión y sistemas de

control del gasto // 9. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 10. Independencia intereses políticos y económicos.

4 transeúntes: 1. Planes administraciones públicas// 2. Apoyo social // 3. Empoderamiento // 4. Vinculación al territorio/participación comunitaria// 5. Vivienda (acceso, ayudas públicas, salubridad, seguridad)// 6. Aumento inversión y sistemas control de gasto// 7. Inserción laboral /herramientas búsqueda activa empleo//8. sistemas de control de calidad programas inserción// 9. Apoyo/recursos económicos (prestaciones, familiares, capacidad de ahorro y planificación)// 10. Independencia intereses políticos/económicos// 11. Motivación al cambio/capacidad de adaptación/búsqueda-aceptación ayuda// 12. Protocolo coordinación interadministraciones // 13. Formación // 14. Legislación/apoyo legal.

5 adictos al alcohol: 1. Apoyo social // 2. Recursos rehabilitación-Planes integrales (médico-psicológico- social) // 3. Grupos de apoyo // 4. Prevención // 5. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 6. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 7. Independencia intereses políticos y económicos // 8. Legislación/apoyo legal.

6 adictos a otras sustancias: 1. Apoyo social // 2. Recursos rehabilitación-Planes integrales (médico-psicológico- social) // 3. Políticas antidrogas // 4. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 5. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 6. Independencia intereses políticos económicos // 7. Legislación/apoyo legal.

7 refugiados y exiliados: 1. Resiliencia // 2. Servicios-recursos de ayuda-ONGs // 3. Acceso a vivienda // 4. Inserción laboral // 5. Acompañamiento socioeducativo // 6. Permisos residencia-trabajo // 7. Legislación-apoyo legal // 8. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 9. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 10. Independencia intereses políticos y económicos.

8 emigrantes: 1. Apoyo social // 2. Programas específicos // 3. Desarrollo personal (experiencias, capacidades) // 4. Servicios-recursos de ayuda- ONGs // 5. Estrategia estatal de cobertura de necesidades básicas // 6. Legislación-apoyo legal // 7. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 8. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 9. Independencia intereses políticos y económicos.

9 inmigrantes: 1. Apoyo social // 2. Programas específicos-acompañamiento socioeducativo // 3. Servicios-recursos de ayuda- ONGs // 4. Resiliencia // 5. Vivienda (acceso, ayudas públicas) // 6. Inserción laboral-hábitos laborales-herramientas para la búsqueda de empleo activa // 7. Apoyo-recursos económicos (prestaciones, familiares, capacidad de ahorro y planificación) // 8. Formación // 9. Legislación-apoyo legal // 10. Consciencia de la situación // 11. Habilidades comunicativas // 12. Adaptación al cambio-aceptación ayuda // 13. Vinculación al territorio-participación comunitaria // 14. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 15. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 16. Independencia intereses políticos y económicos // 17. Protocolo de coordinación interadministraciones.

10 prostitución: 1. Recursos de protección social-seguridad personal// 2. Servicios-recursos-proyectos específicos de ayuda // 3. Autoestima y autoconcepto // 4. Grupos de apoyo // 5. Inserción laboral-hábitos laborales-herramientas para la búsqueda de empleo

activa // 6. Apoyo-recursos económicos (prestaciones,familiares, capacidad de ahorro y planificación) // 7. Formación // 8. Motivación al cambio // 9. Resiliencia // 10. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 11. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 12. Independencia intereses políticos y económicos // 16. Protocolo de coordinación interadministraciones // 17. Legislación-apoyo legal.

11 enfermos infecto-contagiosos: 1. Tratamiento // 2. Educación sociedad // 3. Diagnóstico precoz // 4. Servicios-recursos de ayuda-ONGs // 5. Grupos de apoyo // 6. Apoyo social // 7. Apoyo a la familia // 8. Legislación-apoyo legal // 9. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 10. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 11. Independencia intereses políticos y económicos // 12. Protocolo de coordinación interadministraciones

12 enfermos psiquiátricos no hospitalizados: 1. Tratamiento // 2. Educación sociedad // 3. Apoyo social // 4. Autonomía económica // 5. Servicios-recursos de ayuda-ONGs // 6. Apoyo a la familia // 7. Legislación-apoyo legal // 8. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 9. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 10. Independencia intereses políticos y económicos // 11. Protocolo de coordinación interadministraciones

13 enfermos terminales: 1. Apoyo social // 2. Opciones de muerte digna // 3. Cuidados paliativos // 4. Autonomía económica // 5. Servicios-recursos de ayuda-ONGs // 6. Apoyo a la familia // 7. Legislaciónapoyo legal // 8. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 9. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 10. Independencia intereses políticos y económicos // 11. Protocolo de coordinación interadministraciones

14 otras enfermedades: 1. Tratamiento-tratamientos ambulatorios // 2. Promoción salud // 3. Servicios-recursos de ayuda-ONGs/ 4. Autonomía económica // 5. Apoyo social // 6. Apoyo a la familia // 7. Grupos de apoyo // 8. Legislación-apoyo legal // 9. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 10. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 11. Independencia intereses políticos y económicos // 12. Protocolo de coordinación interadministraciones

15 déficits culturales: 1. Aceptación -integración de la diversidad // 2. Acceso a formación // 3. Inmersión-participación comunitaria // 4. Servicios-recursos de ayuda-ONGs // 5. Grupos de apoyo // 6. Legislación-apoyo legal // 7. Aumento de inversión y sistemas de control de gasto // 8. Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 9. Independencia intereses políticos y económicos // 10. Protocolo de coordinación interadministraciones

16 otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, lúdopatas, otros): 1. Aceptación-integración de la diversidad // 2. Sensibilización sociedad // 3. Apoyo social // 4. Grupos de apoyo // 5. Aumento de inversión y sistemas de control del gasto // 6 . Sistemas de control de calidad de programas de inserción // 7. Independencia intereses políticos y económicos // 8. Legislación/apoyo legal.

. Listado factores mantenedores

1 discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales): 1. Exclusión social // 2. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Falta de autonomía// 4. Carencia apoyo social // 5. Dificultad de acceso a información-servicios // 6. Rechazo social// 7. Políticas-Programas asintencialistas no integradora// 8. Falta de participación comunitaria // 9. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 10. Deterioro personal// 11. Barreras administrativas // 12. Falta de visibilidad// 13. Desempleo/bajos recursos económicos-Mercado laboral excluyente // 14. Aislamiento-soledad

2 reclusos y ex-reclusos: 1. Exclusión social// 2. Bajo nivel educativo//3. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo// 4. Desempleo-bajos recursos económicos // 5. Carencia apoyo social // 6. Dificultad de acceso a información-servicios // 7. Rechazo social// 8. Entorno social // 9. Falta de participación comunitaria // 10. Intervenciones paliativas // 11. Deterioro personal // 12. Políticas (Falta políticas eficaces de inserción-asistencialitas, no integradoras) // 13. Intervenciones jerarquizadas sectoriales- no sistémicas // 14. Sobreprolación reclusa// 15. Barreras administrativas.

3 minorías étnicas: 1. Exclusión social// 2. Bajo nivel educativo // 3. Cobertura necesidades básicas nivel de vida mínimo // 4. Desempleo-Bajos recursos económicos - Economía sumergida // 5. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad // 6. Dificultad de acceso a información-servicios // 7. Rechazo social // 8. Sistema de vivienda // 9. Falta de participación comunitaria // 10. Políticas-Programas asintencialistas no integradora // 11. Deterioro personal // 12. Intervenciones jerarquizadas- sectoriales-no sistémicas // 13. Escasa representación en órganos de poder // 14. Barreras administrativas // 15. Falta de desarrollo de planes específicos.

4 transeúntes: 1. Exclusión social // 2. Dificultad acceso vivienda // 3. Cobertura necesidades básicas nivel de vida mínimo // 4. Bajo nivel educativo // 5. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad-Desigualdad relaciones sociales // 6. Empleo-Bajos recursos económicos (desempleo, precariedad, no regulado, desprotección, guetos, parados larga duración, edad no preferente) // 7. Rechazo social // 8. Falta de autonomía // 9. Falta de participación comunitaria- Dificultad acceso espacio de ocio // 10. Dificultad de acceso a información-servicios // 11. Deterioro personal // 12. Falta de acceso derechos de la ciudadanía // 13. Falta de reivindicación // 14. Salud (desatención, dificultad de acceso, dificultad de comunicación con servicios/profesionales) // 15. Falta de red de recursos asistenciales // 16. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 17. Políticas-Programas asintencialistas-no integradora // 18. Barreras administrativas

5 adictos al alcohol: 1. Exclusión social // 2. Medidas de control laxas // 3. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 4. Adicción // 5. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad // 6. Desempleo-Bajos recursos económicos // 7. Rechazo social // 8. Dificultad de acceso a información-servicios // 9. Falta de participación comunitaria // 10. Cultura tolerante con el alcohol // 11. Deterioro personal // 12. Políticas-Programas asintencialistas-no integradora // 13. Recaídas// 14. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 15. Falta de prevención // 16. Barreras administrativas.

6 adictos a otras sustancias: 1. Exclusión social // 2. Medidas de control laxas // 3. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 4. Presión social-de grupo // 5. Carencia apoyo social- Aislamiento-Soledad // 6. Desempleo-Bajos recursos económicos // 7. Rechazo social // 8. Dificultad de acceso a información-servicios // 9. Falta de

participación comunitaria // 10. Pérdida de objetivos vitales // 11. Deterioro personal // 12. Recaídas // 13. Falta de prevención // 14. Cultura tolerante con el consumo // 15. Políticas-Programas asintencionalistas-no integradora // 16. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 17. Barreras administrativas.

7 refugiados y exiliados: 1. Exclusión social // 2. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad // 4. Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal// 7.Escaso poder de reivindicación // 8 .Política (falta de acuerdo estrategias políticas internacionales, asistencialistas, no integradora) // 9. Barrera idiomática // 10. Bajo

nivel educativo // 11. Dificultad acceso información.servicios // 12. Individualismo // 13. Mercado laboral // 14. Sistema de vivienda // 15. Situación legal // 16. Barreras administrativas // 17. Intervenciones jerarquizadas- sectoriales- no sistémicas .

8 emigrantes: 1. Exclusión social // 2. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad // 4. Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal// 7. Desarraigo // 8. Desvinculación país de origen // 9. Bajo nivel educativo //10. Desempleo-bajos recursos económicos // 11. Dificultad acceso información.servicios // 12. Falta de oportunidades // 13. Políticas-Programas asintencionalistas-no integradora // 14. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 15. Barreras administrativas.

9 inmigrantes: 1. Exclusión social // 2. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-Aislamiento-Soledad // 4. Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal// 7. Desarraigo // 8. Política (falta de acuerdo estrategias políticas internacionales, asistencialistas, no integradora) // 9. Bajo nivel educativo //10. Empleo-bajos recursos económicos (no reconocimiento formación-experiencia, desempleo, precariedad, no regulado, desprotección, guetos ocupacionales) // 11. Dificultad de acceso a servicios-información // 12.Individualismo // 13. Falta de acceso a derechos de la ciudadanía // 14. Pertenecer a minorías étnicas // 15. Vivienda (dificultad acceso, mantenimiento, barrios gueto) // 16. intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 17. Barreras administrativas.

10 prostitución: 1. Exclusión social // 2. Falta acceso a recursos sociales// 3. Cobertura necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 4. Bajo nivel educativo // 5. Carencia apoyo social-Desigualdad relaciones // 6. Empleo-Bajos recursos económicos (desempleo, no reconocimiento experiencia-formación, guetos ocupacionales, precariedad, no regulado, desprotección social, desigualdad de género, parado larga duración, trayectoria intermitente, deudas) // 7. Rechazo social // 8.Dificultad de acceso a información servicios // 9. Falta de participación comunitaria-Dificultad acceso espacio de ocio // 10. Sociedad machista y patriarcal // 11. Deterioro personal // 12. Falta acceso derechos de la ciudadanía // 13. Existencia de demanda // 14. Pertenecer a minorías étnicas // 15. Doble moral sociedad (legalización/abolición) // 16. Familia (falta de coresponsabilidad e el cuidado de personas dependientes, modelo no hegemónico, falta reconocimiento trabajo doméstico) // 17. Vivienda (dificultad acceso-mantenimiento, barrios gueto) // 18. Salud (desatención, dificultad acceso, dificultades comunicación servicios-profesionales) // 19. Intervenciones jerarquizadas/ sectoriales/ no sistémicas // 20. Políticas/Programas asintencionalistas, no integradora // 21. Barreras administrativas.

11 enfermos infecto-contagiosos: 1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 7. Falta educación sociedad// 8. Cronicidad enfermedad // 9. Desempleo-bajos recursos económicos // 10. Dificultad de acceso a servicios información // 11. Falta de autonomía // 12. Políticas-programas asintencialistas-no integradoras // 13. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales-no sistémicas // 14. Barreras administrativas.

12 enfermos psiquiátricos no hospitalizados: 1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 8. Tratamiento (falta control, seguimiento, adherencia) // 9. Falta de medidas de inserción laboral // 10. Factores genéticos // 11. Dificultad de acceso a servicios-información // 12. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales-no sistémicas // 13. Barreras administrativas // 14. Políticas-programas asintencialistas-no integradoras.

13 enfermos terminales: 1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 7. Falta de respuesta-política muerte digna-asistencialista-no integradora // 8. Falta de recursos paliativos-acompañamiento profesional //9. Bajo nivel educativo // 10. Desempleo- bajos recursos económicos // 11. Falta de autonomía // 12. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales- no sistémicas // 13. Barreras administrativas // 14. Dificultad de acceso a servicios información.

14 otras enfermedades: 1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social-falta sensibilización // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 7. Dificultades enfermedad // 8. Falta de autonomía // 9. Dificultad de acceso a servicios-información // 10. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales-no sistémicas // 11. Barreras administrativas // 12. Políticas-programas asintencialistas-no integradoras.

15 déficits culturales:1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 7. Sistema educativo poco motivador e integrador // 8. Diversidad cultural // 9. Falta de autonomía // 10. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales-no sistémicas // 11. Barreras administrativas // 12. Políticas-programas asintencialistas-no integradoras // 13. Dificultad de acceso a empleo.

16 otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros): 1. Exclusión social // 2. Cobertura de necesidades básicas-nivel de vida mínimo // 3. Carencia apoyo social-asilamiento-soledad // 4.Rechazo social // 5. Falta de participación comunitaria // 6. Deterioro personal // 7. Carencias afectivas // 8.Dificultad de acceso a servicios-información // 9. Intervenciones jerarquizadas-sectoriales-no sistémicas // 10. Barreras administrativas // 11. Políticas-programas asintencialistas-no integradoras.

Anexo 4. Informe de resultados finales

*DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES SOCIALES MEDANTE EL
MÉTODO DELPHI DE MÁLAGA: INFORME RESULTADOS
FINALES*

¡Muchas gracias a todo/as!

Esperamos que la participación en el estudio haya sido de vuestro agrado. Gracias a ella, hemos podido profundizar en la realidad social de la ciudad de Málaga y dar voz a las personas que trabajan con ella. Como ya os indicamos, los resultados serán utilizados con fines académicos para la elaboración de un Trabajo de Fin de Máster de la Universidad de Málaga y como complemento en el Diagnóstico social realizado por el Observatorio Municipal para la Inclusión Social. Los datos que os mostramos en este informe contienen los resultados que ha obtenido el grupo de expertos tras el esfuerzo realizado. Esperamos que sean de vuestro interés y entre todo/as poder continuar mejorando la situación social de la ciudad.

¡Hasta pronto!

BLOQUE I: Necesidades de inserción social

1.- Orden de frecuencia y prioridad de las necesidades de inserción social

Prioridad necesidades de inserción social	Frecuencia necesidades de inserción social
1. Transeúntes	1. Inmigrantes
2. Inmigrantes	2. Discapacidad
3. Discapacitados	3. Transeúntes
4. Enfermos psiquiátricos no hospitalizados	4. Minorías étnicas
5. Refugiados y exiliados	5. Enfermos psiquiátricos no hospitalizados
6. Prostitución	6. Adictos al Alcohol
7. Alcohol	7. Refugiados y exiliados
8. Drogas	8. Adictos a otras sustancias
9. Minorías étnicas	9. Prostitución
10. Enfermos Infecto contagiosos	10. Reclusos y exreclusos
11. Reclusos y exreclusos	11. Enfermos Terminales
12. Enfermos terminales	12. Otras enfermedades
13. Déficit culturales	13. Déficit culturales
14. Otras enfermedades	14. Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)
15. Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)	15. Emigrantes
16. Emigrantes	16. Enfermos Infecto-contagiosos

El objetivo del método Delphi es la consecución de un acuerdo grupal. Para cada uno de los listados de causas, factores de riesgo, factores de protección y factores mantenedores de cada colectivo se expresó el grado de acuerdo en base a la siguiente escala: De acuerdo, moderadamente de acuerdo, sin opinión, moderadamente en desacuerdo y en desacuerdo. A continuación, se muestra el grado de acuerdo alcanzado, incluyendo el porcentaje de respuestas “De acuerdo” que indica un acuerdo completo con el listado.

2.-Causas necesidades de inserción social.

En relación a las causas de las necesidades de inserción social planteadas por el grupo para cada colectivo, se ha logrado el consenso grupal para cada uno de ellos. El total de los participantes mostró acuerdo o ausencia de opinión en cada uno de los colectivos, sin contabilizar ninguna respuesta de desacuerdo. Destacan con un 100% de acuerdo los colectivos de reclusos-exreclusos, transeúntes e inmigrantes, de los cuales el segundo cuenta con un número de respuestas “de acuerdo” superior al 80%.

El porcentaje de acuerdo total alcanzado para cada colectivo se muestra a continuación:

Discapacitados (80%) Alto (70%)	Reclusos y ex-reclusos (100%) Alto (70%)	Minorías étnicas (80%) Alto (50%)	Transeúntes (100%) Alto (80%)
Adictos al alcohol (90%) Alto (60%)	Adictos a otras sustancias (80%) Alto (60%)	Refugiados y exiliados (80%) Alto (50%)	Emigrantes (80%) Alto (60%)
Inmigrantes (100%) Alto (70%)	Prostitución (90%) Alto (70%)	Enfermos infecto-contagiosos (70%) Alto (40%)	Enfermos psiquiátricos no hospitalizados (70%) Alto (40%)
Enfermos terminales (70%) Alto (50%)	Otras enfermedades (60%) Alto (40%)	Déficits culturales (80%) Alto (40%)	Otros grupos (homosexuales, ludópatas, otros) (90%) Alto (40%)

Las causas indicadas como más prioritarias para colectivo son las siguientes. Los porcentajes indican el tanto por ciento del grupo que ha indicado dicha causa como la más prioritaria.

Discapacitados

1. Laborales (acceso, adaptación del entorno) (30%)
2. Barreras sociales/físicas/sensoriales/cognitivas (30%)
3. Capacidad de autonomía (20%)
4. Dificultades mercado (10%)
5. Falta acondicionamiento espacios públicos (10%)

Reclusos y exreclusos

1. Dificultades integración-participación comunitaria (30%)
2. Causas laborales (dificultad acceso, precariedad, desfase experiencia/formación) (20%)
3. Rechazo social (20%)
4. Bajo nivel educativo (10%)
5. Carencia apoyo social-aislamiento-dificultades relacionales (10%)
6. Recursos inserción (falta de información, ausencia de programas sistémicos) (10%)

Minorías étnicas

1. Dificultades de adaptación (20%)
2. Desigualdad de oportunidades (20%)
3. Rechazo social (10%)
4. Dificultades de integración social (10%)
5. Bajo nivel educativo (10%)
6. Segregación territorial (10%)
7. Dificultades de comunicación-barrera idiomática (10%)

Transeúntes

1. Vivienda (carencia, mal estado, inestabilidad) (30%)
2. Deterioro social-aislamiento-carencia apoyo social (30%)
3. Ausencia abordajes sistémicos (20%)
4. Desempleo-precariedad laboral (10%)
5. Deterioro de salud (higiene, enfermedad) (10%)
6. Dificultad para realizar actividades normalizadas (10%)

Adictos al alcohol

1. Dificultad desarrollo vida normalizada (20%)
2. Adicción-abuso de sustancias (20%)
3. Salud mental (problemas psicológicos-conductuales) (10%)
4. Entorno social deteriorado-carencia (10%)
5. Apoyo social (10%)
6. Falta de información-acceso recursos inserción social (10%)
7. Incoherencia políticas educativas y mediáticas (10%)

Adictos a otras sustancias

1. Falta de control de impulsos-baja tolerancia a la frustración-asunción de normas (40%)
2. apoyo social (30%)
3. Adicción-abuso de sustancias (20%)
4. Salud mental (problemas psicológicos-conductuales) (10%)
5. Entorno social deteriorado-carencia (10%)

Refugiados y exiliados

1. Políticas contrarias a los derechos humanos (20%)
2. Barreras legales (regularización situación) y administrativas (homologación formación-experiencia) (20%)
3. Vivencias traumáticas (10%)
4. Carencia cobertura necesidades básicas. (10%)
5. Falta de información alojamiento de urgencia (10%)
6. Cambio contexto cultural (10%)

Emigrantes

1. Desarraigo (30%)
2. Pérdida de vínculos con el país de origen (20%)
3. Acogimiento-pérdida de derechos al retorno (10%)
4. Falta de información de la Ley de Extranjería (10%)
5. Dificultad de desarrollo de vida normalizada en el país acogedor (10%)
6. Ausencia de programas de apoyo (10%)

Inmigrantes

1. Dificultad de inserción laboral- economía sumergida (50%)
2. Rechazo social-prejuicios-estereotipos (30%)
3. Barreras administrativas (acreditación formación-experiencia) y legales (regularización situación) (30%)

Prostitución

1. Empleo (desempleo, precariedad, dificultad de acceso, falta de experiencia) (30%)
 2. Machismo-abuso de poder (20%)
 3. Deterioro personal (20%)
 4. Prácticas sexuales de riesgo (10%)
 5. Falta de oportunidades (10%)
 6. Trata de personas con fines de explotación sexual (10%)
-

Enfermos infecto-contagiosos

1. Falta de Protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud (20%)
2. Rechazo social (20%)
3. Bajos recursos económicos (10%)
4. Falta de información-acceso a recursos de inserción social (10%)
5. Carencia apoyo social (10%)
6. Falta de prevención (10%)

Enfermos psiquiátricos no hospitalizados

1. Falta de tratamiento/baja adherencia (20%)
2. Carencia de apoyo social-dificultades para relacionarse (habilidades sociales) (20%)
3. Falta de protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud (20%)
4. Problemas psicológicos-conductuales (10%)
5. Rechazo social (10%)
6. Falta de información sobre la Ley de Dependencia (10%)

Enfermos Terminales

1. Carencia apoyo social-dificultad para relacionarse (20%)
2. Necesidad de tratamientos paliativos-dificultades de la enfermedad (20%)
3. Ausencia de programas públicos (20%)
4. Dificultad desarrollo (10%)
5. de vida normalizada (10%)
6. de atención social (10%)
7. Falta de información-acceso a recursos de inserción social (10%)
8. Rechazo social (10%)

Otras enfermedades

1. Ausencia programas de atención a enfermedades crónicas. (30%)
2. Problemas de salud (20%)
3. Falta de información-acceso a recursos de inserción social (10%)
4. Carencia apoyo social (10%)
5. Falta de protocolos de coordinación SS.SS y Sistema de Salud (10%)

Déficits culturales

1. Fallo del sistema educativo (40%)
2. Dificultad de adaptación social (20%)
3. Dificultad de acceso a recursos (10%)
4. Falta de información-acceso a recursos de inserción social (10%)
5. Dualidad mercado trabajo (10%)

Otros grupos en situación de necesidad (homosexuales, ludópatas, otros)

1. Falta de igualdad de derechos (30%)
2. Falta de prevención (20%)
3. Problemas de convivencia-familiares (10%)
4. Falta de información-acceso a recursos de inserción social (10%)
5. Rechazo social (10%)
6. Aumento de manifestaciones de discriminación y ausencia de consecuencias. (10%)

3.-Factores de Riesgo necesidades de inserción social

En relación a los factores de riesgo de las necesidades de inserción social planteadas por el grupo para cada colectivo, se ha logrado el consenso grupal para cada uno de ellos. Destacan con un 100% de acuerdo los colectivos de transeúntes, inmigrantes y prostitución, superando en los tres casos el 80% de respuestas de acuerdo completo. En el caso del colectivo de refugiados-exiliados, la mayoría de las respuestas fueron “moderadamente de acuerdo”.

El total de los participantes expresó acuerdo o ausencia de opinión para todos los colectivos. Excepto para el colectivo de reclusos y exreclusos, en este caso, hubo una respuesta moderadamente en desacuerdo que discernía con los factores “restricción horaria del CIS” y “Abordaje criminalizante en las intervenciones”.

Discapacitados (90%) Alto (60%)	Reclusos y ex-reclusos (90%) Alto (80%)	Minorías étnicas (90%) Alto (60%)	Transeúntes (100%) Alto (80%)
Adictos al alcohol (90%) Alto (60%)	Adictos a otras sustancias (90%) Alto (70%)	Refugiados y exiliados (90%) Alto (30%)	Emigrantes (90%) Alto (60%)
Inmigrantes (100%) Alto (80%)	Prostitución (100%) Alto (90%)	Enfermos infecto- contagiosos (90%) Alto (50%)	Enfermos psiquiátricos no hospitalizados (90%) Alto (60%)
Enfermos terminales (90%) Alto (60%)	Otras enfermedades (90%) Alto (60%)	Déficits culturales (90%) Alto (70%)	Otros grupos (homosexuales, ludópatas, otros) (90%) Alto (70%)

4.-Factores de Protección necesidades de inserción social

En relación a los factores de protección de las necesidades de inserción social planteadas por el grupo para cada colectivo, se ha logrado el consenso grupal para cada uno de ellos. El total de los participantes expresó acuerdo o ausencia de opinión para todos los colectivos, sin registrar respuestas de desacuerdo. Destacan con un 100% de acuerdo los colectivos de reclusos y exreclusos, transeúntes e inmigrantes, de los cuales los dos primeros cuentan con un 80% de respuesta de acuerdo completo.

Discapacitados (90%) Alto (70%)	Reclusos y ex-reclusos (100%) Alto (90%)	Minorías étnicas (80%) Alto (60%)	Transeúntes (100%) Alto (80%)
Adictos al alcohol (80%) Alto (50%)	Adictos a otras sustancias (70%) Alto (50%)	Refugiados y exiliados (90%) Alto (60%)	Emigrantes (80%) Alto (60%)
Inmigrantes (100%) Alto (70%)	Prostitución (90%) Alto (60%)	Enfermos infecto-contagiosos (70%) Alto (60%)	Enfermos psiquiátricos no hospitalizados (80%) Alto (60%)
Enfermos terminales (80%) Alto (60%)	Otras enfermedades (70%) Alto (50%)	Déficits culturales (80%) Alto (50%)	Otros grupos (homosexuales, ludópatas, otros) (90%) Alto (50%)

5.-Factores Mantenedores necesidades de inserción social

En relación a los factores mantenedores de las necesidades de inserción social planteadas por el grupo para cada colectivo, se ha logrado el consenso grupal para cada uno de ellos. El total de los participantes expresó acuerdo o ausencia de opinión para todos los colectivos, sin registrar respuestas de desacuerdo. Destacan con un 100% de acuerdo los colectivos de reclusos y exreclusos, transeúntes, inmigrantes y prostitución de los cuales el de reclusos-exreclusos e inmigración cuentan con un 80% de respuesta de acuerdo completo.

Discapacitados (90%) Alto (70%)	Reclusos y ex-reclusos (100%) Alto (80%)	Minorías étnicas (90%) Alto (60%)	Transeúntes (100%) Alto (70%)
Adictos al alcohol (90%) Alto (70%)	Adictos a otras sustancias (90%) Alto (50%)	Refugiados y exiliados (90%) Alto (40%)	Emigrantes (90%) Alto (50%)
Inmigrantes (100%) Alto (70%)	Prostitución (100%) Alto (70%)	Enfermos infecto-contagiosos (90%) Alto (60%)	Enfermos psiquiátricos no hospitalizados (90%) Alto (70%)
Enfermos terminales (80%) Alto (60%)	Otras enfermedades (90%) Alto (60%)	Déficits culturales (90%) Alto (50%)	Otros grupos (homosexuales, ludópatas, otros) (90%) Alto (60%)

BLOQUE II: Necesidades de soledad, aislamiento y autocuidados

El 90% del grupo que considera que existe relación entre la soledad, aislamiento y autocuidados y las nuevas tecnologías obtenido así un grado de consenso alto.

Argumentos a favor de la relación:

- Las nuevas tecnologías pueden proteger o causar soledad y aislamiento.
- Pueden potenciar y favorecer el autocuidado o generar un déficit.

Los aspectos que ayudan a proteger frente a la soledad y el aislamiento y a favorecer el autocuidado, hacen referencia a que facilitan la comunicación, la relación con el entorno, la autonomía, el conocimiento y han modificado las formas de relacionarse. Asimismo permiten realizar intervención y seguimiento profesional con mayor facilidad. Aquellos aspectos que por el contrario pueden ser causantes de soledad, aislamiento y déficit de autocuidado, aluden a la dependencia, al distanciamiento del usuario con la realidad, la pérdida del contacto directo en las relaciones y la interacción con el entorno. De igual manera se argumenta que las nuevas tecnologías pueden reducir el aislamiento al permitir el contacto y la comunicación, pero no protegerían frente a la soledad que depende de relaciones directas.

Se hace especial mención a la relación existente en personas mayores solas y personas con dificultades de desplazamiento, y a la percepción de las tecnologías como necesidades básicas.

El 12% que tras las dos rondas aún considera que no existe relación argumenta que:

- No existe relación, las nuevas tecnologías pueden ser utilizadas para satisfacer deseos y como potenciadores del estilo de vida de la persona, pero no causa de la soledad y el aislamiento.

Podemos considerar que el grado de acuerdo con los aspectos positivos y negativos de la relación entre soledad, aislamiento y autocuidados y las nuevas tecnologías que se muestra a continuación, alcanza niveles suficientes de consenso. Salvo en el caso del aspecto 7 (favorece el autocuidado) en el que no se alcanza el mínimo de 60% de acuerdo grupal. Tan sólo en el caso de los aspectos 1,2 y 7 encontramos valoraciones en desacuerdo moderado.

	Acuerdo	Desacuerdo
1 Facilitan el contacto con otras personas:	80% (60% alto)	10% moderadamente en desacuerdo
2 Permiten realizar prevención, intervención y seguimiento profesional:	70% (50% alto)	10% moderadamente en desacuerdo
3 Facilitan el aprendizaje:	80% (60% alto)	-
4 Fuente de apoyo social:	90% (30% alto)	-
5 Conectan al mundo:	90% (90% alto)	-
6 Fuente de información ilimitada:	90% (60% alto)	-
7 Favorece el autocuidado:	40% (30% alto)	20% moderadamente en desacuerdo
8 Pueden generar adicción/dependencia:	80% (60% alto)	-
9 Generan soledad/aislamiento:	80% (40% alto)	-
10 Incrementan la brecha intergeneracional:	80% (50% alto)	-

El 90% del grupo considera que las nuevas tecnologías están generando o evidenciando necesidades en cuanto a la soledad, el aislamiento y los autocuidados.

El 10% que considera que no, argumenta que:

- Las nuevas tecnologías pueden ser utilizadas según las herramientas, habilidades e intereses de cada persona. No son causa de las necesidades, estas dependen de los recursos y la competencia en autocuidados de la persona.

El grado de acuerdo con las necesidades generadas o evidenciadas por las nuevas tecnologías alcanza niveles suficientes de consenso en todos los casos, se muestra a continuación:

	Acuerdo	Desacuerdo
Adaptación a las nuevas formas de establecer relaciones sociales	80% (60% alto)	-
Falta de apoyo y pérdida de aspectos relacionales del contacto directo	90% (60% alto)	-
Falta de empatía y sensibilidad	90% (70% alto)	-
Aislamiento/soledad	80% (60% alto)	-
Problemas de comunicación y pérdida de habilidades sociales	80% (70% alto)	-
Problemas psicológicos	60% (40% alto)	-
Déficits de autocuidados	70% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Baja tolerancia a la frustración	90% (60% alto)	-
Problemas en el desarrollo infantojuvenil	80% (60% alto)	-
Menor participación comunitaria	80% (70% alto)	-

BLOQUE III: Nuevas necesidades sociales

El grado de acuerdo alcanzado en las necesidades que el grupo ha considerado que puedan estar surgiendo, no se están teniendo en cuenta en el momento actual o puedan surgir a corto/medio plazo han alcanzado suficiente porcentaje de consenso grupal. Continuación se muestra el grado de acuerdo alcanzado para cada una de ellas.

Aclaración de conceptos:

- **Nuevos pobres:** Alude a personas empleadas sin acceso a recursos/prestaciones, pero cuyos ingresos no permiten un nivel de vida mínimo.
- **Brecha pobreza tecnológica:** Se refiere a la exclusión social y el incremento de desigualdad y pobreza debido a la imposibilidad de acceso a nuevas tecnologías.
- **Vivienda:** incluye la dificultad de acceso, la falta de respuesta adecuada y de flexibilidad en el acceso a vivienda social.
- **Empleo:** alude a la dificultad acceso, la precariedad y al elevado número de parados de larga duración.

- Servicios de intervención social y comunitaria: incluye la falta de profesionales para atender a las necesidades, la necesidad de orientar las intervenciones desde una perspectiva participativa, comunitaria e integral más allá de prestaciones económicas y la existencia de prestaciones económicas bajas.
- Personas mayores de 65 años: necesidad de mejorar políticas de envejecimiento activo, falta de prevención del deterioro social y personal, espacio residenciales inadecuados y falta de recursos comunitarios.
- Gentrificación: hace referencia a la transformación de los barrios incrementándose el coste de vida, sin considerar el cuidado de su identidad y la atención a su diversidad.
- LGTBI: colectivo de personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales.

	Acuerdo	Desacuerdo
Soledad/ Aislamiento	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Pobreza/ Desigualdad (Nuevos pobres)	80% (60% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Discriminación/ exclusión social	100% (40% alto)	-
Segregación territorial/barreras arquitectónicas	90% (40% alto)	-
Pérdida de tejido comunitario/Apoyo social	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Autorrealización/ Satisfacción con la vida	80% (30% alto)	
Desmovilización social/ Indiferencia	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Nuevas tecnologías (dependencia y brecha pobreza tecnológica)	80% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Vivienda	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Empleo	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Servicios intervención social y comunitaria	70% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Personas mayores de 65 años	80% (30% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
LGTBI (Discriminación)	70% (40% alto)	20% Moderadamente en desacuerdo

Familias monoparentales	80% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Violencia filioparental	80% (30% alto)	-
Menores de 14 con conductas delictivas	90% (30% alto)	-
Necesidad de formar en habilidades blandas a los usuarios del SSAP	90% (30% alto)	-
Necesidad de trabajar en interculturalidad	90% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Desigualdad de género	90% (40% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo
Gentrificación barrios	90% (50% alto)	10% Moderadamente en desacuerdo