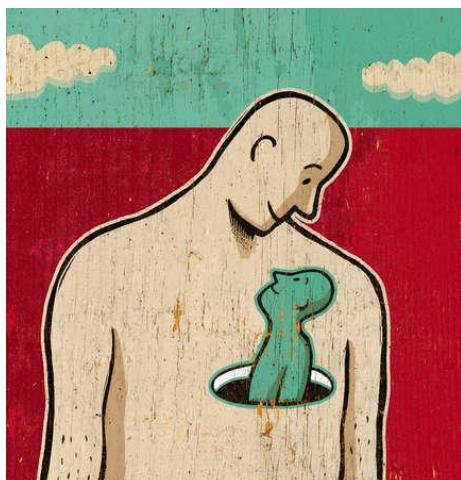


UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo Fin de Grado

# PERSONAS USUARIAS DEL CEAS ESTE-2 DE SORIA

*“Autoconcepto, autoestima y estigmatización”*



Estudiante: Héctor Bahón Gómez

Director: Diego Félix Gastón Faci

Zaragoza, julio de 2015



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad** Zaragoza

## Índice

Índice .....	2
1. Introducción.....	3
2. Planteamiento y diseño de la investigación .....	5
2.1 Objetivos.....	5
2.1.1 Objetivo general .....	5
2.1.2 Objetivos específicos.....	5
2.2 Población objeto de estudio.....	5
2.3 Ámbito geográfico y temporal.....	5
2.4 Hipótesis .....	5
2.5 Variables e indicadores del estudio .....	6
3. Planteamiento de la investigación. Métodos, técnicas e instrumentos .....	7
3.1 Método y enfoque de la investigación .....	7
3.2 Técnicas e instrumentos .....	8
3.3 Muestra poblacional .....	11
4. Variables de estudio: autoconcepto, autoestima, estigmatización y Servicios Sociales .....	12
4.1 El autoconcepto y la autoestima .....	12
4.1.1 El autoconcepto .....	12
4.1.2 La autoestima.....	14
4.4 La estigmatización.....	18
4.5 Los Servicios Sociales .....	18
5. Contexto de los usuarios de Servicios Sociales de Soria.....	20
5.1 Contexto social .....	20
5.2 Contexto económico y laboral .....	21

5.3 Contexto normativo .....	22
5.3.1 Contexto Europeo .....	22
5.3.2 Contexto Nacional .....	23
5.3.3 Contexto Autonómico.....	24
5.3.4 Contexto Local .....	25
6. Los Centros de Acción Social (CEAS).....	26
6.2 Organigrama de la institución.....	27
6.3 Servicios y prestaciones.....	28
7. Recursos sociales existentes en la ciudad de Soria.....	30
7.1 Recursos para la tercera edad .....	30
7.2 Recursos para la infancia y la juventud .....	31
7.3 Recursos de salud .....	32
8. Presentación de datos.....	34
Reflexión personal a modo de conclusiones.....	41
Bibliografía.....	44
Índices de tablas y gráficos.....	46
Anexos .....	47

## 1. Introducción

El presente trabajo es el resultado de una investigación acerca de cómo se sienten las personas usuarias de Servicios Sociales por su única condición de ser usuarios de tales servicios. Para conocer el cómo se sienten se han analizado tres variables, la autoestima, el autoconcepto y la estigmatización percibida.

He querido estudiar estos aspectos de los usuarios porque desarrollé mi Prácticum de Intervención en un centro de servicios sociales de base, y tenía la curiosidad de cómo se sentirían los usuarios, si pasarían vergüenza, si lo mantendrían en secreto, en pocas palabras, si entendían los servicios sociales como algo negativo de lo que hay que avergonzarse o esconder. Además, durante la carrera, siempre hemos hablado sobre los usuarios, sus problemas y cómo resolverlos, pero pocas veces hemos hablado de sobre cómo se sienten, qué les ronda por la cabeza cuando cruzan la puerta del despacho del trabajador social o qué pensaran sus conocidos si saben que acude a los servicios sociales. Es por ello que quise estudiar a este colectivo, y ya, teniendo la oportunidad de desarrollar el trabajo de campo en mi sitio de prácticas lo vi totalmente claro.

Es una investigación de tipo micro-sociológica, debido a la poca amplitud del universo estudiado, a su vez es cuantitativa y cualitativa porque se analizan cualidades pero a esas cualidades se les da una valoración numérica para poder establecer categorías. Es además seccional debido al tiempo que se ha dispuesto para poder llevarla a cabo, y por último, decir que es aplicada y descriptiva porque describe un fenómeno social, y aplicada porque pretende dar una idea de la situación de estas personas para trabajar con ellas.

La primera parte del estudio se centra en el ámbito metodológico, como planteamiento de objetivos hipótesis y diseño metodológico. Después de esta primera parte llegamos al estudio teórico de qué es el autoconcepto, la autoestima y la estigmatización, añadiendo un apartado para los servicios sociales, ya que es el ámbito donde se ha llevado a cabo la investigación. La tercera parte del trabajo engloba el análisis social, económico-laboral y del centro específico donde se desarrolla la investigación, el CEAS ESTE-2 de Soria. Y por último encontramos el apartado donde se habla sobre los resultados que se han obtenido en la investigación así como una reflexión personal y los anexos.

**Mis más sinceros agradecimientos a:**

**Diego Félix Gastón Faci:** Director del Trabajo Fin de Grado, por su paciencia y dedicación con mi trabajo

**M<sup>a</sup> Encarnación Guerrero Cabello:** Trabajadora Social del CEAS ESTE-2 de Soria, por todos los conocimientos, paciencia y ayuda que me dio durante mis prácticas

**Ana Alegre Martínez:** Concejala de la Concejalía de Acción Social, Cooperación e Igualdad, por la posibilidad de hacer mis prácticas y por su infinita simpatía

**Nerea Bahón Gómez:** mi hermana, por todos esos momentos en los que ha estado ahí apoyándome con el trabajo

## **2. Planteamiento y diseño de la investigación**

### **2.1 Objetivos**

#### **2.1.1 Objetivo general**

Conocer cómo afecta la situación en la que se encuentran las personas además del tener que acudir a Servicios Sociales para después intentar solucionar los problemas derivados de la situación en la que se encuentran las personas usuarias de Servicios Sociales de la ciudad de Soria.

#### **2.1.2 Objetivos específicos**

- Conocer el nivel de autoestima, autoconcepto y estigma percibido de los usuarios de Servicios Sociales del CEAS ESTE-2 por el mero hecho de serlo.
- Conocer las problemáticas que conllevan una autoestima y autoconcepto bajo, una autoestima o autoconcepto alto o normal y entender cómo afectan a la persona.
- Proponer acciones de mejora para potenciar a estas personas y elevar su autoestima y autoconcepto.

### **2.2 Población objeto de estudio**

La población con la que se ha contado para el estudio son todos aquellos usuarios de los Servicios Sociales del CEAS ESTE-2, que han querido participar en la investigación. Un total de 40 personas, de entre un total de unas 70 personas que compusieron el universo objeto de estudio.

### **2.3 Ámbito geográfico y temporal**

El ámbito geográfico y temporal del estudio se centra en la capital de Soria desde la mitad de Noviembre y Diciembre de 2014 hasta la mitad de Enero de 2015. Geográficamente no se ha podido hacer un estudio extensivo de los usuarios de Servicios Sociales de toda la ciudad, sino que se ha centrado en una zona específica y sus usuarios de Servicios Sociales.

### **2.4 Hipótesis**

- La población que acude a Servicios Sociales tiene una autoestima y un autoconcepto bajos derivados de la situación y/o problemáticas que presentan.

- La población que acude a Servicios Sociales se siente estigmatizada por la población general debido a su condición de usuarios de Servicios Sociales, y en relación con sus problemáticas o situaciones personales.
- La población extranjera que acude a Servicios Sociales a solicitar ayudas económicas tiene una mayor autoestima y autoconcepto que la población nacional.

## 2.5 Variables e indicadores del estudio

Las variables del estudio son los datos de identificación de la persona, como sexo edad u ocupación laboral, y los grados de autoestima, autoconcepto y estigmatización percibida por los usuarios. En la siguiente tabla se hace una relación de las variables y los indicadores que se han utilizado para medirlas.

**Tabla 1. Variables del estudio**

Variables	Indicadores
<b>Sexo</b>	Hombre/Mujer
<b>Edad</b>	Rangos de edad, $\leq 20$ ; 21 – 35; 36 – 50; 51 – 65; 66 – 80; $\geq 81$
<b>Estudios</b>	primarios, secundarios, formación profesional, universitarios
<b>Composición familiar</b>	Número de miembros que componen la unidad familiar
<b>Nacionalidad</b>	Nacionalidad
<b>Situación laboral</b>	Empleado/a, parado/a, jubilado/a, inactivo/a
<b>Tipología de ayuda</b>	Económica, servicios, otros
<b>Autoconcepto</b>	Valores en función a los cuestionarios, entre los 0 y 24 puntos
<b>Autoestima</b>	Valores en función a los cuestionarios, entre los 0 y 24 puntos
<b>Estigmatización percibida</b>	Valores en función a los cuestionarios, entre los 0 y 24 puntos

Elaboración propia

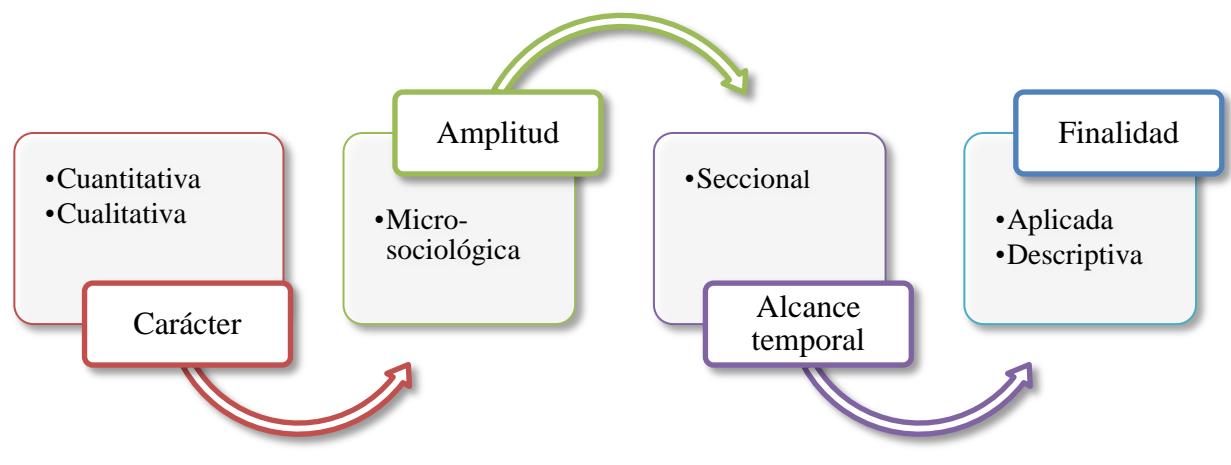
### 3. Planteamiento de la investigación. Métodos, técnicas e instrumentos

El proceso metodológico empezó con la elección del tema a tratar; una vez establecido el tema, el primer paso, fue la primera toma de contacto bibliográfica, para saber cómo empezar, qué aspectos tratar, y cómo seguir. El segundo paso, teniendo ya una idea general de qué tratar, fue la elaboración de objetivos e hipótesis, como guía del trabajo, a partir de los cuáles se podría elaborar una investigación más desarrollada y completa. A partir de los objetivos e hipótesis, se elaboraron los cuestionarios, como medio para verificar o refutar las hipótesis y cumplir los objetivos. Además de esto, se llevó a cabo una profundización en el ámbito bibliográfico y se empezó a dar cuerpo al trabajo, para finalizarlo con el estudio de los resultados y otro repaso a la bibliografía para entender la parte práctica y teórica en un conjunto y no como elementos separados.

#### 3.1 Método y enfoque de la investigación

El cuadro que se presenta a continuación desarrolla un esquema de cuáles son las características de la investigación que se ha desarrollado, para después dar paso a un desarrollo más completo.

Ilustración 1. La investigación



Elaboración propia

El método y enfoque principal de la investigación es el **cuantitativo**, es usado en este trabajo ya que se pretende conocer aspectos de la realidad social de los que se investiga a través de una cuantificación numérica. Estos aspectos son la autoestima, el autoconcepto y la estigmatización de los usuarios de Servicios Sociales por el mero hecho de serlo, de los que se intenta dar una serie de relaciones de causa. Este enfoque cuantitativo se ve apoyado, a su vez, mediante uno de tipo **cualitativo**, ya que, aunque

se cuantifiquen los resultados, el estudio va un poco más allá intentando dar una explicación del por qué de esos resultados.

El estudio es de carácter **micro-sociológico**, por la imposibilidad de obtener una muestra poblacional de mayor tamaño debido a la pequeña extensión del universo objeto de estudio y a la duración temporal.

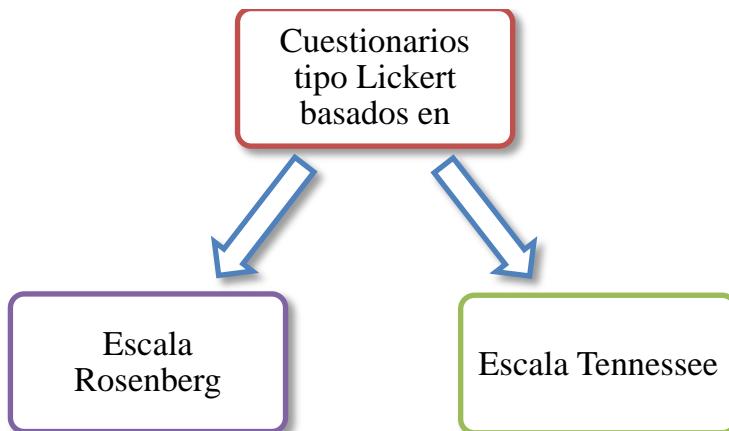
La investigación que se desarrolla en este trabajo es una **investigación aplicada** ya que los resultados que se obtienen de esta pretenden tener una repercusión en la mejora de los programas de acción social. Además de aplicada es **descriptiva** y **seccional**. Descriptiva porque se trata de describir el fenómeno de la autoestima, el autoconcepto y la estigmatización de las personas usuarias de Servicios Sociales, especificando sus propiedades. Y seccional, porque el alcance temporal es limitado a un momento concreto de tiempo, siendo este momento temporal los meses de Noviembre y Diciembre de 2014 hasta Enero de 2015.

El proceso de la investigación ha tenido ciertos problemas o dificultades, el primero y más importante los usuarios que se negaban a participar en el estudio, ya que el objetivo era, obviamente, conseguir cuantos más cuestionarios mejor. Otra dificultad ha sido, a la hora de trabajar los cuestionarios con personas inmigrantes que no hablaban español o entendían muy poco, el cómo explicar las afirmaciones de los cuestionarios.

### **3.2 Técnicas e instrumentos**

En cuanto a las técnicas e instrumentos se ha utilizado la **encuesta** y la **entrevista**. La encuesta se ha formulado con el objetivo de conocer los niveles de autoestima, autoconcepto y estigmatización de una manera cuantitativa, y la entrevista para darle un enfoque personal al proceso de la investigación, ayudar a los usuarios con el cumplimiento de la encuesta y conocer más de primera mano cómo se sentían, empatizando con ellos, es por ello que se ha llevado a cabo una fusión de la encuesta y la entrevista.

Ilustración 2. Los cuestionarios



Elaboración propia

Los cuestionarios que se han utilizado son de **tipo Lickert**, la aplicación de la escala tipo Lickert al trabajo intenta “medir” los grados de autoestima, autoconcepto y estigmatización de las personas usuarias de Servicios Sociales mediante unos ítems basados en unas escalas.

La encuesta se compone de cuatro partes diferenciadas: la primera sería la compuesta por los datos de identificación (sexo, edad, país de origen etc.), la segunda parte corresponde al cuestionario de autoestima, elaborado en base a la **Escala de Rosenberg** de 1965 “*(...) La escala Rosenberg de autoestima (1965), es el instrumento para la medición del autoestima a nivel global. Es una escala de auto-informe formado por 10 ítems que se puntuán en un formato de respuesta de 4 puntos.*

*La investigación sugiere que la escala es coherente a nivel interno y estable en el tiempo (...)”* (Blascovich y Tomaka, 1991; Silber y Tippett, 1965; y Flemming y Courtney, 1984, citados por Shevlin, Bunting, y Lewis, 1995, p. 4) (Traducción libre).

Se ha usado esta escala por el prestigio que presenta y porque los ítems se adaptaban muy bien al objetivo de la investigación. La escala ha sido adaptada a un cuestionario de ocho preguntas, para obtener un número fijo de preguntas en cada uno de los tres cuestionarios utilizados. La tercera parte es un cuestionario elaborado en base a la **segunda edición de la Escala Tennessee o TSCS: 2** (Tennessee Self-Concept Scale: 2), elaborada por Fitts y Warren en 1996 para medir el autoconcepto, esta escala, a su vez, se basa en la Escala Tennessee original, de la cual cabe destacar lo siguiente,

*“La escala Tennessee de Autoconcepto (TSCS) fue desarrollada para subsanar la necesidad de una escala sencilla para el demandado, de aplicación general y multidimensional en la descripción del autoconcepto (...) La TSCS ha permitido en gran medida el conocimiento clínico de investigación sobre la relación entre el autoconcepto y el comportamiento humano (...)”* (Fitts y Warren, 1996, p. 2) (Traducción libre).

Esta escala fue desarrollada en 1955; en el desarrollo de esta investigación se ha utilizado, como se ha dicho antes, la segunda edición, esta edición contempla ciertas modificaciones, pero la esencia sigue siendo la misma *“La Escala Tennessee de Autoconcepto: Segunda Edición (TSCS:2) ha sido una actualización y simplificación para proporcionar a los investigadores y a los clínicos materiales fáciles de usar, pero que conservan las características que han dado a la prueba un gran atractivo en las últimas décadas (...)”* (Fitts y Warren, 1996, p. 3) (Traducción libre).

Esta escala ha sido utilizada, al igual que la escala Rosenberg, debido al prestigio que tiene y a la versatilidad que presenta para adaptarla a un cuestionario de ocho preguntas que se adapta a la finalidad de la investigación.

Y por último, la cuarta parte, la compone un cuestionario de elaboración propia que pretende analizar el sentimiento de estigmatización que sufren los usuarios de Servicios Sociales.

A la hora de pasar las encuestas, se ha llevado a cabo una entrevista, por dos razones principalmente: la primera, conectar de una manera más personal a través de la entrevista con los usuarios, y la segunda, debido a la dificultad de idioma que presentan los usuarios extranjeros, ya que la tarea de leer castellano les resulta difícil o incluso imposible.

Una vez pasadas las encuestas, los resultados se han obtenido de la siguiente manera, cada cuestionario constaba de ocho enunciados, cuatro positivos y cuatro negativos, y de cuatro posibles respuestas, muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo muy en desacuerdo, los enunciados no constaban con una quinta respuesta de carácter neutro para evitar que la gente se dedicara a contestar todo con un sentimiento neutro, debido a que los enunciados son muy personales. Una vez contestada la encuesta, se valoraba de la siguiente manera, los cuatro enunciados positivos iban de 3 a 0 puntos, siendo 3 puntos muy de acuerdo, 2 puntos de acuerdo, 1 punto en desacuerdo y 0 puntos

muy en desacuerdo, y los enunciados negativos al revés, el muy en desacuerdo eran 3 puntos y el muy de acuerdo eran 0 puntos. Tras valorar las respuestas se obtiene un valor que va desde 0 puntos, que sería el mínimo, hasta 24 puntos, el máximo. La división para estipular el nivel de autoestima, autoconcepto y de estigmatización se ha hecho en intervalos de 8, quedando así tres intervalos, el primero es el que fija el nivel bajo [0 - 8), el segundo nivel aglutina el nivel catalogado como medio [8 - 16), y por último, el nivel denominado como alto [16 - 24].

Mediante los métodos y técnicas expuestos se pretende conseguir una **información de tipo primario**. La información primaria de este trabajo es la que se recoge de la interacción con las personas entrevistadas y de los cuestionarios.

La **investigación secundaria** en este trabajo tiene muy poco peso dado que no hay estudios sobre el tema, así que esta fuente de información se destina a la búsqueda de información teórica del marco de referencia.

### 3.3 Muestra poblacional

Sobre la muestra, los usuarios de Servicios Sociales se han elegido de una forma sistemática, a todos los usuarios se les proponía participar en el estudio y aquellos que aceptaban se les realizaba una entrevista en la que se pasaba el cuestionario. No hay discriminación por edad, país de origen o tipología de servicio o prestación que fueran a solicitar, por lo que se ha trabajado con todo el universo disponible. Este universo no es demasiado extenso, y el espacio temporal de la investigación no ha sido muy largo, es por ello que la muestra solo cuenta con cuarenta personas de entre unas setenta que componen el total del universo durante el periodo de la investigación.

Del total de personas encuestadas, 26 eran de origen español, y 14 de origen extranjero, distribuyéndose de la siguiente manera: Brasil 2, Marruecos 4, Guatemala 2, Togo 2 y Bulgaria 4.

## 4. Variables de estudio: autoconcepto, autoestima, estigmatización y Servicios Sociales

### 4.1 El autoconcepto y la autoestima

El autoconcepto y la autoestima guardan una gran relación, ya que para que uno exista el otro debe estar también presente. No puede haber autoestima sin autoconcepto y autoconcepto sin autoestima, por la simple razón de que para la autoevaluación que implica el autoconcepto necesitamos tener algo que evaluar, la autoestima, y esta a su vez, influye en el autoconcepto, debido a que el resultado de esta evaluación influye en cómo nos entendemos como persona dependiendo de la autoestima que tengamos. A continuación veremos cuáles son las características principales de cada concepto.

#### 4.1.1 El autoconcepto

El autoconcepto, o *self*, como también es llamado, es estudiado desde todas las escuelas psicológicas, dándole cada autor un toque personal, pero manteniendo una misma esencia.

Para Purkey (1970), el autoconcepto es “*un sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a sí mismo teniendo cada creencia un valor correspondiente*” (Purkey, 1970, citado por Pineda, Perez, González-Pumariega, y García, 1997, p. 273).

Según Quiles y Espada (2004) “*el autoconcepto es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; el conjunto de elementos que la persona utiliza para describirse, lo que equivale a la percepción que tiene de sí mismo*” (Quiles y Espada, 2004, p. 19).

Heinsen (2012), entiende el autoconcepto como “*la representación mental que la persona tiene de sí misma, es decir, de sus características, habilidades y cualidades*” (Heinsen, 2012, p. 22).

Siguiendo las definiciones anteriores podemos decir que el autoconcepto es una construcción psicológica que los individuos crean sobre ellos mismos en base a unas condiciones sociales de su entorno en comparación con sus atributos personales, como cualidades o habilidades.

Esta construcción psíquica es muy importante, ya que la imagen personal que se tiene de uno mismo afecta notablemente a la vida diaria, a cómo nos relacionamos con las personas etc.

Siguiendo a Oñate (1989), la construcción del autoconcepto se desarrolla desde la muy temprana edad, principalmente, en base a la socialización con los adultos de referencia y nuestros iguales. El autoconcepto por tanto se compone de roles e identidades que se aprenden con la socialización. Esta idea se entiende en las tres características siguientes de una identidad:

1. *“Las identidades son productos sociales*
2. *(...) los significados y las identidades son, en parte, los productos de las oportunidades particulares y demandas características de la situación social, y están basadas en las semejanzas y diferencias de un rol conexionado o de roles contrarios.*
3. *Las identidades son de carácter simbólico y reflexivo. Es a través de la interacción con otros como los significados del self son conocidos y entendidos por el individuo.”* (Burke y Reitzes, 1981, citado por Oñate, 1989, p. 29).

Además de las identidades anteriormente mencionadas, cabe destacar las tres dimensiones conceptuales más comunes que componen el autoconcepto, la dimensión cognitiva, la afectiva y la conductual. Estas dimensiones son descritas por Cava y Musitu (2000) como *“la dimensión cognitiva la constituyen los múltiples esquemas en las cuales la persona organiza toda la información que se refiere a sí misma, la dimensión afectiva corresponde a la autoestima y finalmente la dimensión conductual implica aquellas conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo o los demás”* (Cava y Musitu, 2000, p. 17).

En resumen, podemos concluir que el autoconcepto es la identidad psicológica que las personas elaboramos en función de cómo nos entendemos a nosotros mismos, en un contexto social, con unas vivencias personales, unas características y unas habilidades. Todo ello enmarcado en las tres dimensiones conceptuales definidas anteriormente, la dimensión cognitiva, la dimensión afectiva y la dimensión conductual.

#### 4.1.2 La autoestima

Hay muchas definiciones diferentes sobre la autoestima, dependiendo el enfoque psicológico del autor o autora que la defina puede tomar diferentes vertientes y se hará hincapié en unos u otros aspectos. Las definiciones que me parecen más completas son las siguientes:

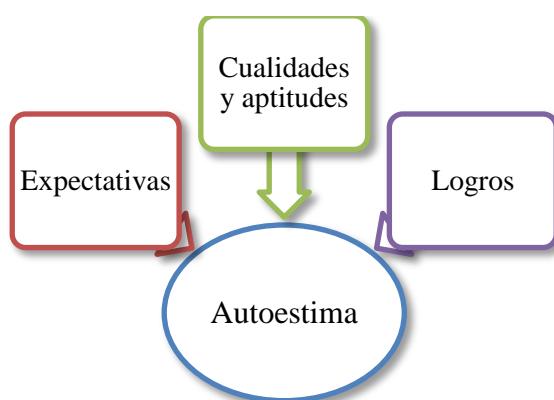
Según Murk (1995), citado por Mora y Raich, la autoestima es “*la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento, que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma.*” (Mruck 1995, citado por Mora y Raich, 2005, p. 12).

Robson (1988), citado por Mora y Raich, argumenta que la autoestima es “*el sentimiento de contento y autoaceptación que procede de una valoración de alguien sobre su valor, significación, atractivo, competencia y habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones.*” (Robson, 1988, citado por Mora y Raich, 2005, p. 12).

Para Heinsen (2012), la autoestima “*se refiere a la conciencia del propio valor de la persona, a sentirse satisfecho consigo mismo y con sus capacidades, sin necesidad de disminuir o exagerar la realidad.*” (Heinsen, 2012, p. 27).

Y por último, Cava y Musitu (2000) defienden que la autoestima es “*la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación*” (Cava y Musitu, 2000, p. 17).

Ilustración 3. Componentes de la autoestima



Elaboración propia

En resumen, la autoestima es un sentimiento de satisfacción o desagrado, una emoción de cómo se valoran las personas a sí mismas en función de sus cualidades y aptitudes frente a unas expectativas establecidas, tanto personales como sociales, y la consecución o logro de dichas expectativas; todo esto enmarcado en una realidad social con múltiples características influyentes en el desarrollo de la autoestima.

Esta emoción es un denominador común en todos los demás sentimientos, y se representa en mayor o menor medida en las respuestas emocionales del individuo. (Branden, 2012).

La naturaleza de esta autoevaluación tiene profundos efectos sobre el proceso de pensamiento de las personas, sus emociones, sus deseos, valores y objetivos. Es la clave más significativa para su conducta. (Branden, 2012).

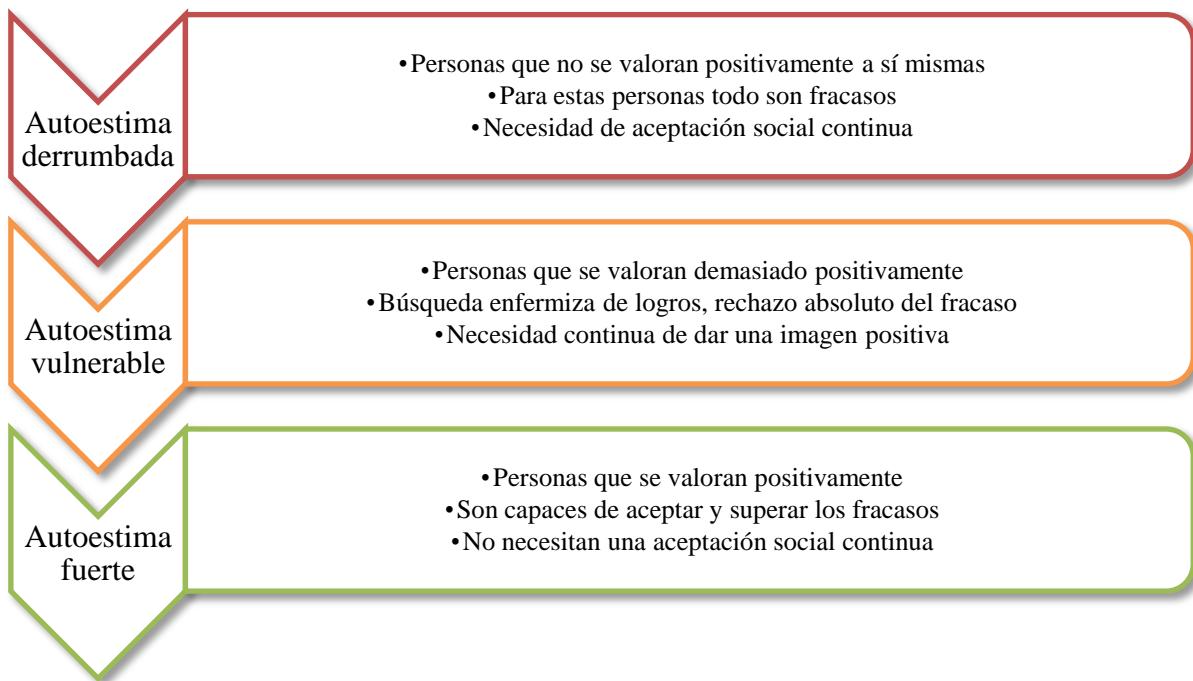
Siguiendo a Branden (2012), en el proceso de madurez de la mente hay una actividad necesaria e imprescindible, la capacidad de distinguir entre conocimientos y sentimientos. Este proceso de madurez saludable es vital para conseguir y mantener la autoestima. En las diferentes etapas de la vida este proceso toma múltiples formas de manifestarse:

- En la infancia hay un conflicto entre lo que el niño cree y lo que ve en su mundo adulto de referencia y que no es capaz de terminar de entender, a medida que el niño entienda y asimile estas diferencias su mente irá madurando.
- En una etapa más avanzada, el adolescente, puede producir un “cerramiento” a ciertos aspectos de la vida o la realidad, no entendiéndolos y eludiéndolos, lo que conllevaría a un proceso de madurez mental no demasiado sano, y por lo tanto a una autoestima dañada.
- Ya en la edad adulta los individuos deben ser capaces de llegar a pensar en principios, ya que esta es la capacidad inherente a una madurez mental sana, y por extensión, a una autoestima sana. (Branden, 2012).

A su vez, la autoestima, además de una madurez mental, conlleva implícita un conjunto de valores, mediante los cuales la mente y las emociones alcanzan una armonía y no se producen conflictos entre deseos y conocimientos. (Branden, 2012).

La autoestima puede tener diferentes grados o niveles, baja o derrumbada, vulnerable o media y fuerte o alta.

Ilustración 4. Niveles de autoestima



Elaboración propia

Siguiendo a Martin Ross (2013), podemos determinar tres grados de autoestima: la autoestima derrumbada, la autoestima vulnerable y la autoestima fuerte. Estos tres niveles coinciden con lo que comúnmente se conocen como autoestima, baja, media y alta.

Ross define los tres niveles en base a una relación entre las hazañas y las anti-hazañas, o los logros y fracasos de las personas.

La autoestima baja o derrumbada se puede definir como “*la persona que no se respeta a sí misma, que se desprecia*” (Ross, 2013, p. 52).

Según Ross (2013), aquellas personas que presentan una autoestima baja o derrumbada son personas que no se valoran positivamente a sí mismas. Esta valoración negativa de uno mismo lleva adscrito un sufrimiento, son fáciles de manipular con falsos elogios y son grandes dependientes de las demás personas.

Las personas que tienen una autoestima derrumbada suelen presentar dos maneras de comportamiento. La primera sería una “manipulación”, que consistiría, por ejemplo, en

valorarse negativamente delante de otras personas para que estas le consuelen, buscando un reconocimiento positivo de aquello que no favorece a la autoestima.

La otra forma común de comportarse de las personas con una autoestima derrumbada es la de “arrastrarse” para alcanzar aquellas metas que consideran logros y no han conseguido.

La autoestima vulnerable o media es definida por Ross como “*un hombre que se respeta pero que su “auto-respeto” es demasiado vulnerable a las hazañas y las anti-hazañas*” (Ross, 2013, p. 53). Ésta autoestima se encuentra entre la derrumbada y la fuerte, las personas con este grado de autoestima tienen mucho miedo a encontrarse en una autoestima derrumbada y es por eso que inflan sus logros o hazañas para acercarse a una autoestima fuerte.

Las personas que presentan este grado de autoestima son muy dependientes a los estímulos sociales, a la aprobación y al desprecio.

El colectivo que tiene una autoestima vulnerable suele presentar una imagen distorsionada de sí mismos, una imagen que trata de exhibir para que todo el mundo pueda verla aunque no sea verdad. Otra posibilidad sería la de presentar una imagen real de algún logro muy importante y despreciar al resto por considerarles inferiores.

Estas personas no son capaces de asumir un fracaso, por lo que los evitan constantemente.

La autoestima fuerte es definida por Ross (2013) como la autoestima que tienen las personas que tiene “*capacidad de prescindir de las hazañas y de resistir el golpe de las anti-hazañas*” (Ross, 2013, p. 54).

Este grado de autoestima conlleva una aceptación de uno mismo positiva, con los defectos y las virtudes, sabiendo cómo convivir con ellos. Estas personas suelen ser personas más alegres, felices y seguras. Están contentas consigo mismas, y eso se refleja en las relaciones interpersonales, no buscan constantemente una afirmación por parte de los demás como aquellos que tienen una autoestima derrumbada, si no que se autoafirman, pero de una manera controlada, no excesiva como hace la autoestima vulnerable.

La autoestima fuerte implica poder tomar decisiones y asumir el riesgo a equivocarse, igual que a tener una relación sana con los logros.

#### 4.4 La estigmatización

Siguiendo a Leopoldo Callejas y Cupatitzio Piña en su artículo publicado en “El Cotidiano” podemos decir que la estigmatización es una forma de categorización social, con el objetivo de “(...) *delimitar y determinar qué es lo que se puede esperar de una persona inscrita en tal o cual categoría* (...) *el estigma es una señal o atributo que marca al portador ante el prototipo de una cierta categoría.*” (Callejas Fonseca y Piña Mendoza, 2005, p. 4).

Siguiendo a Erving Goffman (1989), “*el término estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador: pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos*” (Goffman, 1989, p. 5) a partir de lo que dice Goffman, podemos entender que para que la estigmatización se haga presente debe haber un atributo, al que se liga una serie de propiedades negativas, fomentando así la relación estigma-estereotipo.

Goffman (1989), a su vez, habla sobre tres posibles tipos de estigmatización que podemos encontrar, que son los siguientes:

- “*Las abominaciones del cuerpo, en las cuales se inscriben todas las deformidades y disformias del cuerpo.*
- *Los estigmas tribales, relacionados con la pertenencia del sujeto a cierta raza, nación, credo y que son susceptibles de ser transmitidos a través de la herencia por generaciones.*
- *Los defectos del carácter, relacionados con fallas morales que devalúan a los sujetos como el alcoholismo, la drogadicción etc.*” (Goffman, 1989, p. 9).

#### 4.5 Los Servicios Sociales

El sistema público de servicios sociales en España es un conjunto integrado y coordinado de recursos, prestaciones, actividades y equipamientos, cuya gestión es un deber de la administración, ya sea directa o indirectamente.

Hay tres niveles en cuanto a la organización de los servicios sociales:

- **Administración central:** posee competencias exclusivas, como son, garantizar la igualdad, temas relacionados con inmigración, asilados, instituciones penitenciarias o legislación básica, además de dirigir la Seguridad Social.
- **Administración autonómica:** las comunidades autónomas asumen ciertas competencias, debido al principio de descentralización que tenemos en España, es por ello que las comunidades autónomas tienen derechos en materia de asistencia social, dentro un marco común.
- **Administración local:** a través de la administración local se llevan a cabo las prestaciones de servicios sociales de una manera física.

El centro donde se ha desarrollado la investigación es lo que se denomina como un centro de servicios sociales de base. Estos centros cuentan con una estructura más o menos concreta. Esta estructura se compone de una unidad de dirección, una unidad de gestión administrativa, y un equipo multidisciplinar, donde podemos encontrar a los trabajadores sociales trabajando conjuntamente con muchos otros profesionales como psicólogos, educadores sociales e incluso abogados.

En estos centros se ofrecen y prestan una serie de prestaciones básicas, comunes a todo el territorio nacional, y en algunos casos, se prestan prestaciones extraordinarias, desarrolladas e implementadas solo por el centro. Las prestaciones básicas son:

- Información y orientación
- Ayuda a domicilio
- Alojamiento alternativo
- Prevención e inserción social
- Cooperación y fomento de la solidaridad

## 5. Contexto de los usuarios de Servicios Sociales de Soria

### 5.1 Contexto social<sup>1</sup>

La población de la ciudad de Soria a fecha 1 de 2014 ascendía a 39.516 personas, distribuyéndose por sexo en 18.718 varones y 20.798 mujeres, en total 237 personas menos que en el 2013.

La población extranjera en Soria se divide de la siguiente manera:

- **Población procedente de la Unión Europea (Alemania, Bulgaria, Francia Italia Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumanía):** 670 personas, siendo el país predominante Bulgaria, con 322 individuos.
- **Población procedente de la Europa no comunitaria (Rusia, Ucrania):** 39 personas, siendo el país predominante Ucrania.
- **Población procedente de África (Argelia, Marruecos, Nigeria, Senegal, Togo):** 649 personas, siendo el país predominante Marruecos, con 252 individuos.
- **Población procedente de América (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela):** 1.240 personas, siendo el país predominante Ecuador, con 415 individuos.
- **Población procedente de Asia (China y Pakistán):** 92 personas en total, siendo China el país predominante con 67 individuos.

Sobre estos datos podemos ver que la población inmigrante no tiene una gran presencia en la ciudad, ascendiendo a un total de 2.690 personas.

La población de Soria es una población más o menos joven, los datos por edades presenta la siguiente distribución:

- Hombres:
  - 0 a 19 años: 4.070 personas
  - 20 a 39 años: 4.977 personas
  - 40 a 59 años: 5.556 personas

<sup>1</sup> Datos obtenidos del padrón continuo sobre datos municipales, disponible en [www.estadistica.jcyl.es](http://www.estadistica.jcyl.es)

<sup>2</sup> Datos obtenidos del movimiento laboral registrado y de las prestaciones por desempleo de Castilla y León, disponible en [www.estadistica.jcyl.es](http://www.estadistica.jcyl.es)

- 60 a 79 años: 2.977 personas
- Más de 79 años: 1.102 personas
- Mujeres:
  - 0 a 19 años: 3.804 personas
  - 20 a 39 años: 5.130 personas
  - 40 a 59 años: 6.154 personas
  - 60 a 79 años: 3.674 personas
  - Más de 79 años: 2.036 personas

Siguiendo los datos presentados más arriba, podemos ver las diferencias según sexo y edad, siendo lo más significativo que en el grupo de 0 a 19 años destacan los hombres, mientras que las personas ancianas, mayores de 79, destacan las mujeres con bastante notoriedad. En los grupos intermedios, de 20 a 39 y de 40 a 59, la población está más o menos equilibrada.

## 5.2 Contexto económico y laboral

Los datos<sup>2</sup> sobre el contexto económico y laboral vienen dados por meses, no hay un cómputo anual, es por ello que el análisis que hago a continuación es de sólo dos meses, noviembre y diciembre, que fue cuando se llevo a cabo la investigación, enero de 2015 no está aún disponible, es por ello que no está incluido en el análisis.

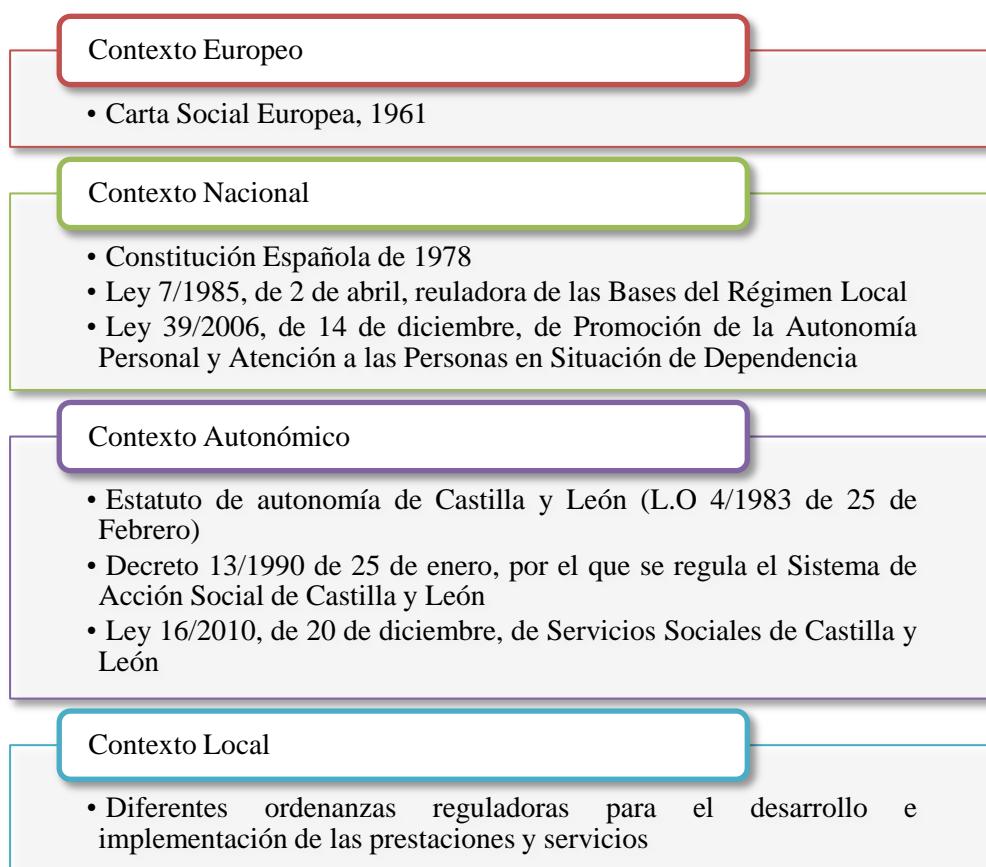
En cuanto al número de parados en noviembre de 2014, Soria contaba con un total de 5.991 personas, 2.861 hombres y 3.130 mujeres. En diciembre el número de parados ascendió a 3.117 y 3.093 mujeres, un total de 6.210 personas, 219 personas más que el mes anterior.

Sobre las prestaciones por desempleo concedidas en los meses de noviembre y diciembre, contamos con un total de 3.370 beneficiarios en noviembre, y en diciembre un total de 3.405. Estas prestaciones se componen de prestaciones contributivas, subsidio por desempleo y Renta Activa de Inserción.

### 5.3 Contexto normativo

El contexto normativo donde se enmarca este trabajo es muy amplio, ya que es el que afecta a los Servicios Sociales y a todas sus áreas. Este contexto se estructura en varios niveles, desde Europa hasta la ciudad de Soria, pasando por el ámbito nacional y el autonómico. En el cuadro a continuación se enumeran las principales normas legislativas donde se enmarcan los Servicios Sociales.

Ilustración 5. Niveles legislativos



Elaboración propia

#### 5.3.1 Contexto Europeo

En este nivel cabe destacar la presencia de la Carta Social Europea de 1961. Esta carta es un documento en el cual se recogen los derechos civiles y políticos y las libertades específicas de los estados miembro. Este documento es importante ya que, entre todos los derechos sociales que recoge se encuentra el Derecho a los Beneficios de los Servicios Sociales, estipulado en el artículo 14:

*“Artículo 14. Derecho a los beneficios de los servicios sociales*

*Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios sociales, las Partes Contratantes se comprometen:*

- 1. A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social.*
- 2. a estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios”*

### **5.3.2 Contexto Nacional**

En el contexto nacional encontramos varias leyes que afectan a la organización territorial de los Servicios Sociales. Entre todas las leyes y normas nacionales caben destacar la Constitución Española de 1978, que en su artículo 50 hace una mención especial a los Servicios Sociales.

*“Artículo 50.*

*Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos de la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de Servicios Sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.*

Otra ley importante del ámbito nacional que afecta a los Servicios Sociales es la Ley de Bases del Régimen Local de 1985, que en su artículo 25.2 apartado e), regula:

*“Artículo 25.*

*(...)*

*2. El Municipio ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias:*

*(...)*

*e) Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social”*

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia es la ley que más se acerca a una ley de Servicios Sociales específica para todo el territorio nacional. Esta ley sienta las bases y establece unos mínimos comunes a todas las Comunidades Autónomas en materia de dependencia.

Esta ley está vinculada a los Servicios Sociales porque se implementa directamente a través de ellos, como se recoge en el artículo 3 apartado 1):

*“Artículo 3. Principios de la Ley*

*(...)*

*l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.*

*(...)"*

### **5.3.3 Contexto Autonómico**

El Estatuto de autonomía de Castilla y León (L.O 4/1983 de 25 de Febrero) es la orden que permite y obliga a garantizar un sistema de Servicios Sociales en la comunidad autónoma.

El Decreto 13/1990 de 25 de enero es el responsable de regular el sistema de acción social en la comunidad de Castilla y León. En este decreto se recogen todas las funciones de los CEAS, su estructura, organización, funcionamiento etc. Es el complemento regulador específico de los CEAS con el que cuenta la ley de Servicios Sociales.

La ley 16/2010 es la ley vigente que regula los Servicios Sociales de Castilla y León, supliendo a la Ley 18/1988, y es la máxima norma en materia de Servicios

Sociales de la Comunidad. En su artículo 30. *Niveles organizativos funcionales*, se hace una mención explícita a los CEAS:

*“Artículo 30. Niveles Organizativos funcionales.*

*Este sistema se organiza funcionalmente en niveles:*

*Primer nivel: los Equipos de Acción Social Básica, que desarrollarán su actividad, de carácter multidisciplinar, en los Centros de Acción Social (CEAS)*

*Segundo nivel: los Equipos Multidisciplinares Específicos.*

*Otras estructuras organizativas funcionales.”*

#### **5.3.4 Contexto Local**

En el contexto normativo local lo que encontramos son ordenanzas de tipo municipal. Estas ordenanzas lo que persiguen es la adaptación e implementación de las prestaciones que se ofertan en la Comunidad de Castilla y León en la posibilidad que éstas lo permiten, incluyendo aquellos aspectos o requisitos adicionales que se crean necesarios. Este tipo de normas suelen ser completamente similares a los decretos que las impulsan, pero hay ocasiones en las que se hacen modificaciones.

Otro aspecto que recogen las ordenanzas municipales son las prestaciones propias que se ofertan desde la administración local, en este caso el Excmo. Ayuntamiento de Soria, como por ejemplo ayudas de comedor o de gastos básicos de vivienda.

## **6. Los Centros de Acción Social (CEAS)**

### **6.1 La institución**

La realidad que se estudia en el presente trabajo es la de las personas usuaria de los Centros de Acción Social (en adelante CEAS) de la ciudad de Soria. Los CEAS son los Servicios Sociales de base en Castilla y León.

Estos centros se crean con la Ley 18/1998 de Acción Social y Servicios Sociales, de Castilla y León, la cual estuvo vigente hasta la entrada de la Ley 16/2010 de Servicios Sociales de Castilla y León, la cual es la ley vigente en la Comunidad.

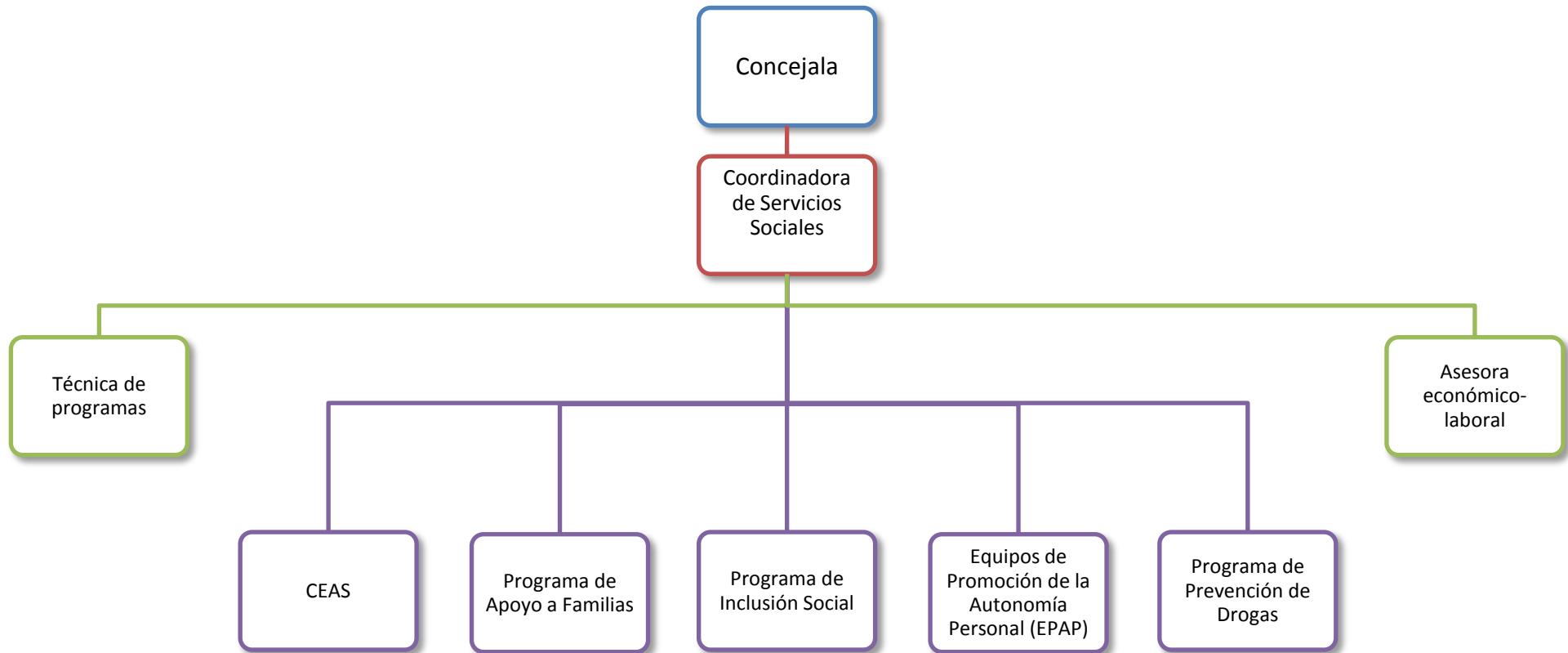
Los objetivos que persigue esta institución son los siguientes:

- Conseguir situar a los Servicios Sociales en la mejor posición para responder a la pretensión colectiva de mejores condiciones de vida para los ciudadanos/as.
- Ser un instrumento de gestión eficaz basado en la participación y el consenso, para encuadrar las actuaciones futuras en un entorno dinámico.
- Abrir procesos de reflexión sobre la naturaleza de las acciones, dando relevancia a las relaciones del Ayuntamiento con su entorno.
- Propiciar la igualdad de Oportunidades, para el conjunto de colectivos a los que se dirigen los Servicios Sociales.
- Propiciar que los Servicios Sociales presten servicios de calidad a los receptores de los mismos.

En Soria hay cuatro CEAS, la ciudad se divide en Este y en Oeste, y a su vez estas divisiones en 1 y 2, obteniendo así el CEAS OESTE-1, el CEAS-OESTE-2, el CEAS ESTE-1 y el CEAS ESTE-2, en el cual se ha llevado la investigación. Esta división abarca toda la ciudad de Soria, cubriendo toda la población de la ciudad.

## 6.2 Organigrama de la institución

Ilustración 6. Organigrama institucional <sup>3</sup>



Elaboración propia

<sup>3</sup> Datos facilitados por Dª María Encarnación Redondo Cabello, Trabajadora Social del CEAS ESTE-2 de Soria

### 6.3 Servicios y prestaciones

Los servicios<sup>4</sup> que se prestan en los CEAS, son los siguientes:

- **Prestaciones:**

- Ayudas Económicas de Emergencia Social
- Renta Garantizada de Ciudadanía (en colaboración con la Junta de Castilla y León)
- Prestaciones económicas dirigidas al apoyo a la familia
- Prestaciones económicas dirigidas a personas con discapacidad
- Prestaciones relacionadas con la Ley de Dependencia (prestación económica vinculada al servicio, para cuidados en el entorno familiar, de asistencia personal)

- **Servicios:**

- Información, Orientación y Asesoramiento: dentro de este servicio se incluye:
  - Información
  - Valoración
  - Orientación y Asesoramiento
  - Tramitación
  - Derivación
- Promoción de la Convivencia e Integración Familiar Social y Ayuda a Domicilio: dentro de este servicio se incluye:
  - Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D)
  - Apoyo a la Unidad Convivencial
  - Teleasistencia
- Alojamiento Alternativo: se diferencian dos servicios:
  - Estancias de emergencia en alojamientos alternativos
  - Estancias en servicios específicos de la red básica para el alojamiento alternativo
- Prevención de Situaciones de Exclusión Social: se compone de:
  - Prevención inespecífica: actividades de promoción y participación social
  - Prevención específica de situaciones de marginación social

<sup>4</sup> Datos obtenidos del Plan Estratégico del Sistema de Acción Social, elaborado por el Excmo. Ayuntamiento de Soria, año 2007. Últimos datos disponibles. Últimos datos vigentes

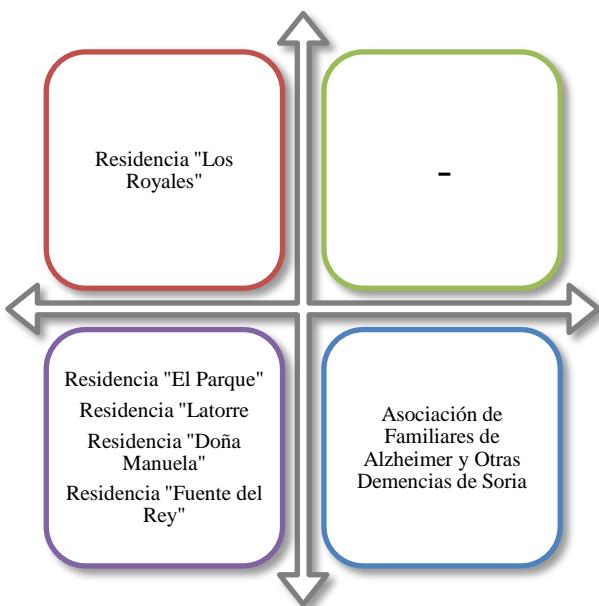
- Actividades dirigidas a facilitar el acceso a los recursos normalizados
- Intervenciones en situaciones de marginación social
- Acción Social Comunitaria y Voluntariado: contempla las siguientes actuaciones:
  - Promoción y organización del voluntariado social
  - Promoción y organización de autoayuda
  - Estructuración de la coordinación y participación social
  - Cooperación al desarrollo
- Servicios relacionados con la Ley de Dependencia

## 7. Recursos sociales existentes en la ciudad de Soria<sup>5</sup>

### 7.1 Recursos para la tercera edad

Los cuatro ejes que se presentan arriba señalan la naturaleza de cada uno de los servicios que se encuentran en la ciudad de Soria. El eje vertical representa los públicos y los privados (públicos arriba y privados abajo), mientras que el eje horizontal representa los servicios generales y los específicos, de izquierda a derecha respectivamente. En el siguiente cuadro se representan los servicios destinados a tercera edad que podemos encontrar en la ciudad de Soria.

Ilustración 7. Recursos I



Elaboración propia

En cuanto a servicios públicos generales sólo contamos con una residencia de ancianos, la residencia de “Los Royales”. En la capital contamos con otras residencias de carácter general, pero son de titularidad privada, las cuales son la residencia “El Parque”, la residencia “Latorre”, la residencia “Doña Manuela” y la residencia “Fuente del Rey”. Todas estas residencias cuentan con un catálogo de servicios similar, que consiste en una atención integral a las personas mayores que residen en ellas, además de contar con plazas para centro de día.

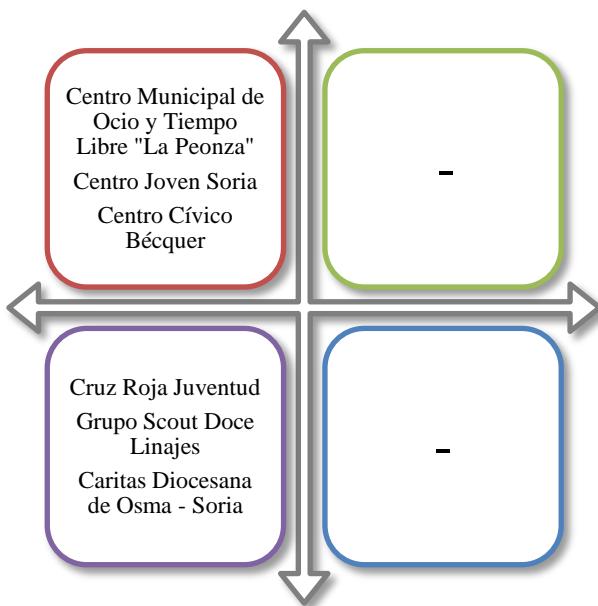
<sup>7</sup> Datos obtenidos de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mpa/godinez\\_q\\_md/appendiceB.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mpa/godinez_q_md/appendiceB.pdf)

Si hablamos de servicios públicos específicos no se cuenta con ningún servicio de este tipo, pero sí encontramos uno de carácter privado, la Asociación de Familiares de Alzheimer y Otras Demencias de Soria. Esta asociación da un servicio integral de centro de día a personas que tienen estas problemáticas, así como apoyo a las familias.

## 7.2 Recursos para la infancia y la juventud

Al igual que el cuadro anterior, los servicios se distribuyen entre públicos y privados y entre generales y específicos. Este cuadro representa los recursos para infancia y juventud que podemos encontrar en Soria, y como se puede observar, no son demasiados los servicios prestados.

Ilustración 8. Recursos II



Elaboración propia

La distribución de este gráfico es la misma que en el apartado anterior. En la ciudad de Soria sólo se cuenta con recursos de tipo general para la infancia y la juventud. De titularidad pública encontramos el centro municipal de ocio y tiempo libre “La Peonza”, el Centro Joven de Soria y el centro cívico “Bécquer”. En estos tres centros se organizan todo tipo de actividades, talleres y en ocasiones campamentos para los niños y jóvenes sorianos.

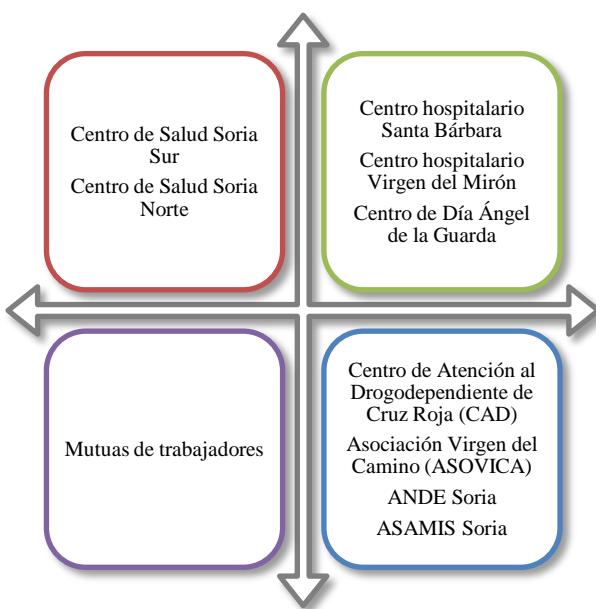
De titularidad privada cabe destacar Cruz Roja Juventud Soria, el grupo scout “Doce Linajes” y Caritas Diocesana de Osma – Soria. En estos centros, al igual que en los

mencionados en el párrafo anterior, se llevan a cabo talleres, actividades e incluso campamentos para toda la población joven que quiera unirse a ellos.

### 7.3 Recursos de salud

Por último, los recursos de salud disponibles para la población soriana. Una vez más la estructuración del cuadro es la misma, públicos generales en la esquina superior izquierda, públicos específicos en la esquina superior derecha, privados generales en la esquina inferior izquierda y privados específicos en la esquina inferior izquierda.

Ilustración 9. Recursos III



Elaboración propia

En cuanto a los servicios de salud en la ciudad de Soria encontramos en los generales de titularidad pública, dos centros de salud de atención primaria, Soria Sur y Soria Norte. De titularidad pública pero de carácter específico encontramos dos complejos hospitalarios, Santa Bárbara, que da una atención a toda la población de Soria y Virgen del Mirón, donde encontramos el área de psiquiatría y de paliativos únicamente. Dentro de este grupo cabe destacar también el centro de día Ángel de la Guarda, un centro de día para personas con enfermedades mentales.

De titularidad privada y atención general podemos encontrar mutuas de trabajadores, como MUFACE o ASISAS. De titularidad privada y acción específica, el Centro de Atención al Drogodependiente de Cruz Roja o CAD, que como su nombre indica es un

centro donde se trata de rehabilitar y desintoxicar a las personas adictas a sustancias. Y la Asociación Virgen del Camino o ASOVICA, esta asociación se centra en personas con enfermedad mental severa, cuenta con un centro de día, una residencia, y varios puntos de trabajo protegido. Dentro de ASOVICA encontramos a su vez FADESS, la Fundación de Ayuda al Discapacitado y Enfermo Psíquico de Soria, la cual cuenta con centros de empleo protegido.

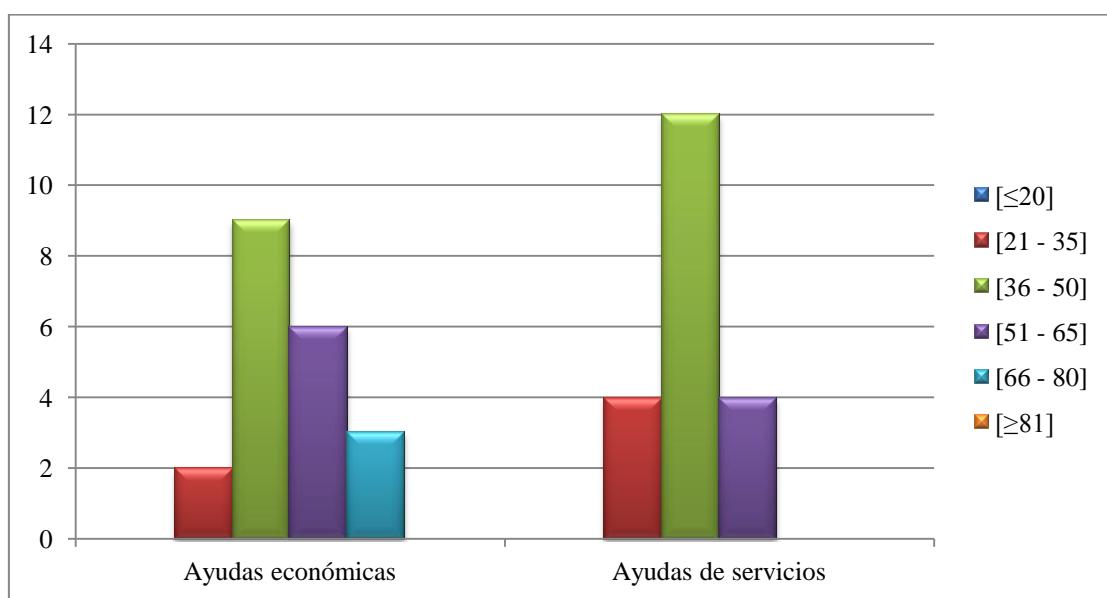
ANDE Soria y ASAMIS Soria, son otras dos instituciones privadas que buscan la integración de las personas discapacitadas intelectualmente, mediante el ocio y tiempo libre, el deporte, campañas de sensibilización, centros ocupacionales y empleo protegido.

## 8. Presentación de datos

En el estudio han participado un total de cuarenta personas, 18 hombres y 22 mujeres. La proporción entre la tipología de las ayudas está totalmente equilibrada, con nueve hombres y once mujeres en cada una. De estas 40 personas, 26 han sido nacionales y 14 de origen extranjero.

En cuanto a los rangos de edad, los usuarios se encuentran entre los veintiuno y los ochenta años de edad, siendo en ambos casos, tanto ayudas económicas como de servicios, el rango predominante el de [36 – 50], esto demuestra que la gente que ha participado en el estudio es de una edad media, en el caso de las ayudas económicas son gente con hijos habitualmente que se encuentran en una mala situación económica, y en caso de los solicitantes de servicios son los hijos e hijas de personas dependientes.

Gráfica 1. Edad de los encuestados

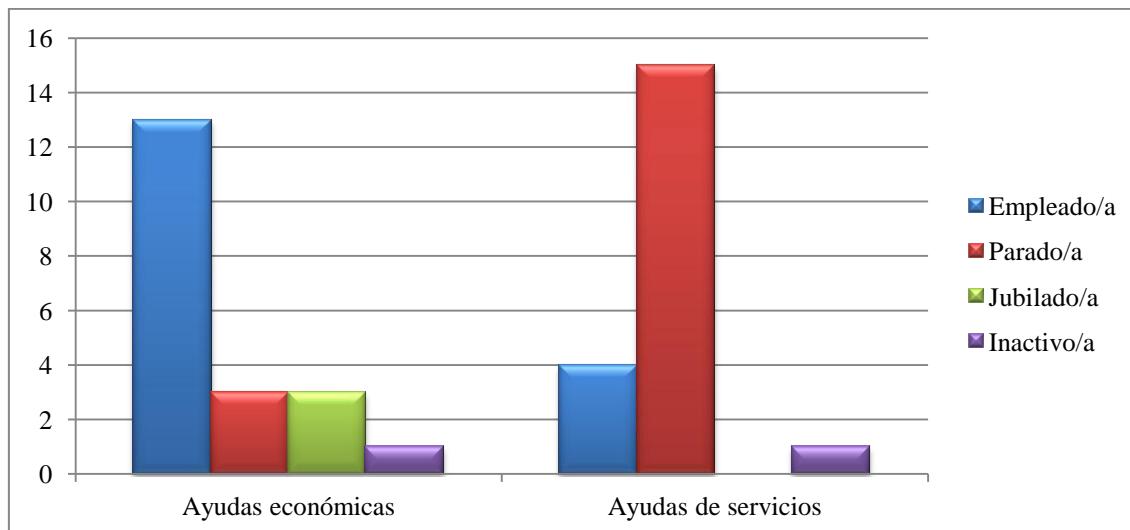


Elaboración propia: en base a los cuestionarios realizados

En cuanto a los países de origen de los participantes, hay cierta variedad, presentándose seis países diferentes. La densidad de usuarios por países cambia, de una manera muy drástica dependiendo de la demanda del usuario, al hablar de ayudas de servicios, todos los usuarios, menos una familia, son de origen español, mientras que las ayudas económicas son mucho más heterogéneas, presentando una mayor diversidad de nacionalidades.

En cuanto a la ocupación de los usuarios también juega un papel muy importante el tipo de ayuda que se está solicitando. Los solicitantes de ayudas económicas son, en su mayoría parados, mientras que los solicitantes de servicios son minoría de parados y mayoría de empleados.

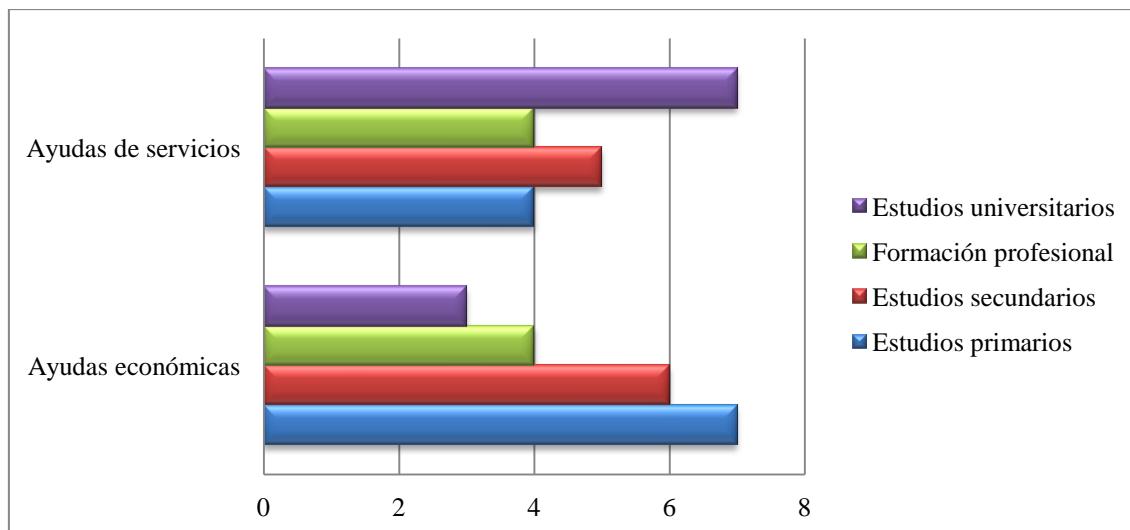
Gráfica 2. Situación laboral de los encuestados



Elaboración propia: en base a los cuestionarios realizados

A la hora de hablar del nivel de estudios de los usuarios vuelve a destacar las diferencias según la ayuda solicitada, las ayudas de servicios destacan en estudios universitarios, mientras que las de económicas destacan en primarios. El resto de estudios, secundarios y formación profesional, son muy parecidos.

Gráfica 3. Nivel de estudio de los encuestados

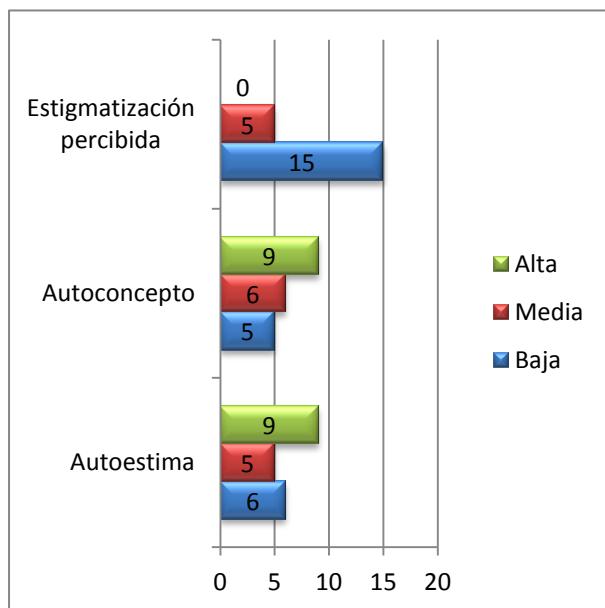


Elaboración propia: en base a los cuestionarios realizados

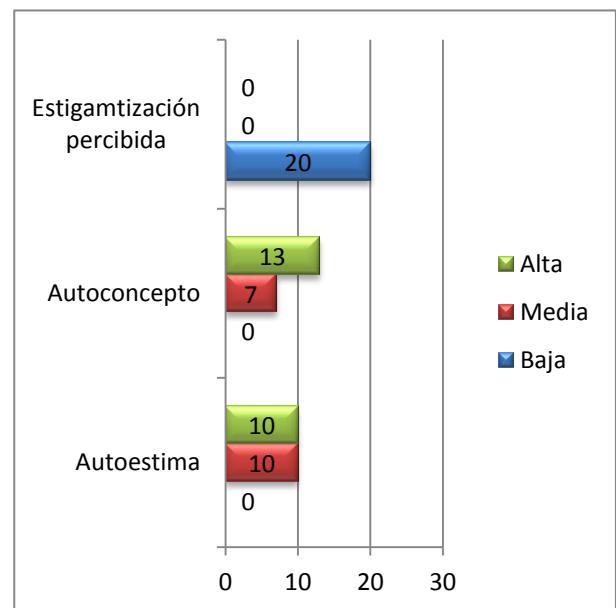
La composición familiar en ambos grupos es bastante similar, no presenta grandes diferencias. Las familias más comunes son de uno, tres y cuatro miembros, que suman un 80% del total de encuestados, mientras que las más inusuales son las de 5, que reflejan un 15% del total.

Los resultados de la investigación han sido los siguientes, en cuanto a la estigmatización percibida, los usuarios no se sienten estigmatizados por ser usuarios de Servicios Sociales, en este aspecto están más o menos equiparados los dos grupos. Si hablamos de autoconcepto, los usuarios de ayudas de servicios (gráfica de la derecha), tienen mejores puntuaciones que los usuarios de ayudas económicas (gráfica de la izquierda), esto mismo se vuelve a repetir en los valores que reflejan el autoestima, mientras que el autoestima alta es parecida en ambos grupos (nueve en las ayudas económicas y diez en las ayudas de servicios), volvemos a encontrar que el autoestima baja está presente en el grupo de ayudas económicas pero no en el otro, lo mismo que ocurre con el autoconcepto.

Gráfica 5. Resultados ayudas económicas



Gráfica 4. Resultados ayudas de servicios



Elaboración propia: en base a los cuestionarios realizados

Elaboración propia: en base a los cuestionarios realizados

Este último punto es el que más relación guarda con los objetivos, donde se contemplan los resultados propiamente dichos de la investigación. En relación con los objetivos cabe destacar lo siguiente:

- **Objetivo específico nº1:** *conocer el nivel de autoestima, autoconcepto y estigma percibido de los usuarios de Servicios Sociales del CEAS ESTE-2 por el mero hecho de serlo.*

Este objetivo se ha logrado, se esperaban niveles más bajos de los que han resultado al final ser, esto nos lleva a refutar la primera de las hipótesis, *la población que acude a Servicios Sociales tiene una autoestima y un autoconcepto bajos derivados de la situación y/o problemáticas que presentan.*

Se ha demostrado la negatividad de la hipótesis, ya que acorde con los resultados se puede observar que una gran parte de los usuarios presentan niveles altos tanto de autoestima como de autoconcepto.

A este objetivo se le asocia también la segunda de las hipótesis planteadas, la cual decía que *la población que acude a Servicios Sociales se siente estigmatizada por la población general debido a su condición de usuarios de Servicios Sociales, y en relación con sus problemáticas o situaciones personales.*

Esta hipótesis ha sido totalmente refutada, como se ha podido observar en los resultados, casi el total de la muestra poblacional no se siente estigmatizada por su situación de usuarios.

A su vez, podemos enmarcar la hipótesis número tres en este objetivo, ya que habla sobre los niveles de autoestima y autoconcepto, la hipótesis defendía que *la población extranjera que acude a Servicios Sociales a solicitar ayudas económicas tiene una mayor autoestima y autoconcepto que la población nacional.*

Esta hipótesis ha sido verificada, los usuarios extranjeros suelen presentar una autoestima o autoconcepto mayores que la población nacional, pero aun siendo un nivel superior, la diferencia no es alta.

- **Objetivo específico nº2:** *conocer las problemáticas que conllevan una autoestima y un autoconcepto bajo, una autoestima o autoconcepto alto o normal y entender cómo afectan a la persona.*

Este objetivo ha tenido dos vertientes, y ambas vertientes han sido conseguidas, la académica principalmente, por la cual se ha desarrollado el marco teórico y conceptual del trabajo, y a posteriori una dimensión de aplicación al trabajo y a los resultados, una reflexión personal para entender mejor la situación de los usuarios de Servicios Sociales, lo que nos lleva al objetivo general, que decía así, *conocer cómo afecta la situación en la que se encuentran las personas y el tener que acudir a Servicios Sociales para después intentar solucionar los problemas derivados de la situación en la que se encuentran las personas usuarias de Servicios Sociales de la ciudad de Soria*.

Esta reflexión personal se ha logrado, y se ha conseguido fusionar y entender conjuntamente la parte teórica y la parte práctica, desarrollado más profundamente en las conclusiones del trabajo.

- **Objetivo específico nº3:** *proponer acciones de mejora para potenciar a estas personas y elevar su autoestima y autoconcepto.*

Este objetivo se ha cumplido, no de la manera que se pretendía, pero sí se ha podido proponer ciertas acciones que se espera que puedan dar buenos resultados y así intentar ayudar a los usuarios con bajos niveles de autoestima y/o autoconcepto, que se desarrollan a continuación en las conclusiones.

Sobre las preguntas que han conllevado a estos resultados, habría que hacer unas pequeñas anotaciones de los enunciados más destacados sobre el estudio, estos han sido:

- **Siento que soy una persona de aprecio y que tengo buenas cualidades (cuestionario 1, autoestima):** una gran parte de la muestra poblacional está de acuerdo, o muy de acuerdo, con esta afirmación, incluso aquellas que después obtienen un grado de autoestima medio o alto. Sobre este enunciado cabe destacar también que de la gente que lo ha marcado como de acuerdo o muy de acuerdo, su gran mayoría, son aquellas personas que iban buscando ayudas económicas y tenían hijos a cargo.
- **Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a (cuestionario 1, autoestima):** este es uno de los enunciados que solía llevar a los usuarios un tiempo contestar y pensar acerca de él. Un poco menos de la mitad del universo estaba de acuerdo o muy de acuerdo con él.
- **En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a (cuestionario 1, autoestima):** acerca de este enunciado los resultados son muy parecidos a los dos

mencionados anteriormente, una gran parte de los usuarios no están contentos consigo mismos, siendo indiferente el tipo de ayuda que solicitaban.

- **A veces creo que no soy buena persona (cuestionario 1, autoestima):** este enunciado rompe un poco con la tónica general de los anteriores, mientras que los usuarios de ayudas económicas se decantaban más por el de acuerdo o el en desacuerdo, los usuarios de ayudas económicas siempre, salvo algunas excepciones, marcaban en desacuerdo o muy en desacuerdo.
- **Me siento bien conmigo mismo la mayor parte del tiempo (cuestionario 2, autoconcepto):** acerca de este enunciado hay bastante dualidad, pero no dependiendo del tipo de ayuda, sino que más o menos la mitad del universo estudiado afirma no sentirse bien consigo mismo, mientras que la otra mitad lo corrobora.
- **Tengo mucho dominio sobre mi mismo/a (cuestionario 2, autoconcepto):** en este caso no hay apenas diferencias, los usuarios que dicen no tener mucho dominio sobre sí mismos es un grupo muy heterogéneo, con diferentes características, como edad, situación laboral o tipología de ayuda, al igual que los usuarios que señalan tener dominio sobre sí mismos.
- **Estoy satisfecho de lo que soy (cuestionario 2, autoconcepto):** acerca de este enunciado encontramos otra gran dualidad entre las ayudas económicas y las ayudas de servicios. Las respuestas de en desacuerdo y muy en desacuerdo son mucho más frecuentes en los usuarios de ayudas económicas que en las ayudas de servicios.
- **Nunca he sentido vergüenza por tener que acudir a Servicios Sociales (cuestionario 3, estigmatización percibida):** casi el total de los usuarios, ya sean de ayuda económica como de ayudas de servicios han marcado esta afirmación como en desacuerdo o muy en desacuerdo.
- **Mantengo en secreto que acudo a Servicios Sociales (cuestionario 3, estigmatización percibida):** este enunciado presenta una dualidad muy marcada, la mayoría de los usuarios de ayudas económicas (aún no sintiéndose avergonzados), mantienen en secreto que acuden a Servicios Sociales, mientras que los usuarios de servicios son más o menos heterogéneos, los hay que si lo mantienen en secreto y los hay que no.

- **Me siento mal por tener que acudir a Servicios Sociales (cuestionario 3, estigmatización percibida):** casi la totalidad de los usuarios de ayudas de servicios no se sienten mal por la situación de acudir a servicios sociales, mientras que entre los usuarios de ayudas económicas esta situación es mucho más normal.
- **Creo que la gente piensa mal de los usuarios de Servicios Sociales (cuestionario 3, estigmatización percibida):** este enunciado ha sido contestado por casi todos los usuarios, indistintamente del tipo de ayuda que estuvieran solicitando, como muy en desacuerdo, lo que demuestra su punto de vista acerca de qué piensa la población general acerca de ellos.

## Reflexión personal a modo de conclusiones

Los trabajadores sociales están expuestos en el trabajo, en la mayoría de los casos, a una interrelación continua con el mundo de las habilidades sociales, la sociología y la psicología. Esta última es un pilar básico en el trabajo del día a día del trabajador social, mediante la psicología del usuario se puede llegar a entender muchas cosas, al igual que de su actitud corporal por ejemplo, pero el objetivo de este trabajo se ha centrado en el aspecto psicológico de los usuarios, de sus sentimientos y de cómo se sienten consigo mismos.

A lo largo del estudio se ha ido entendiendo la importancia que tiene la percepción de uno mismo en el desarrollo vital, y cómo estos pensamientos afectan notablemente a nuestras vidas.

La autoestima, el autoconcepto y la estigmatización son factores clave en la mayoría de las cosas que hacemos como personas, ya sea por ejemplo cómo nos relacionamos con otras personas, cómo trabajamos o desarrollamos una tarea, cómo pasamos nuestro tiempo libre o cualquier otra cosa. Son factores influyentes que son muy importantes a tener en cuenta.

La labor del trabajador social a la hora de interactuar con un usuario es muy amplia, hay que estar pendiente de mil y una cosas, de lo que nos dice, de lo que dijo en la sesión anterior, de su lenguaje verbal y corporal, de su problemática y cómo podemos enfocar una solución... pero también se debe estar pendiente de cómo vive la situación, cómo le afecta y cómo la afronta, es aquí donde el autoconcepto y la autoestima entran en juego, ya que dependiendo los niveles que tenga de ambos, el problema o situación se puede entender de muchas maneras diferentes, y por tanto en niveles de importancia y dificultad diferentes.

Si el trabajador social es capaz de detectar, de una manera aproximada, cómo el usuario se valora a sí mismo, se podrá enfocar la intervención de una manera o de otra, intentando llevar a cabo la intervención de la manera más eficiente y cómoda posible. Es por ello que es muy importante el aspecto psicológico durante la intervención.

Pero, ¿cómo podemos nosotros saber cómo se siente el usuario si a veces incluso nosotros no sabemos cómo nos sentimos?

El primer paso de todos sería conocer cómo nos sentimos nosotros, llevando a cabo una reflexión personal, y ya, una vez que uno mismo sabe cómo se siente, que mecanismos le han llevado a esas conclusiones, podrá empezar a conocer al otro, como se valora, que siente y cómo entiende la situación en la que se encuentra.

Además de este primer paso que se propone, otras cualidades importantes para identificar niveles de autoestima o autoconcepto en los usuarios es lo que comúnmente se conoce como esas habilidades básicas de los trabajadores sociales, la escucha activa y la lectura del lenguaje corporal, estas habilidad son muy importantes y útiles a la hora de entender al usuario. Nos permiten leer entre líneas, descubrir los entresijos que rondan la mente del usuario y todo aquello que nos dice de una manera indirecta, de una manera no verbal. Si conseguimos implementar estas habilidades al máximo seguramente podremos entender cómo se siente el usuario consigo mismo, y a partir de ahí desarrollar o poner en práctica ejercicios y técnicas que traten de fomentar la autoestima y el autoconcepto, para tratar de mejorarlo y hacer que el usuario se valore positivamente, que no piense que su situación implica el fin del mundo, de donde nunca va a salir, si no que lo vea como una situación transitoria, de la que es capaz de salir solo, con ayuda, pero de una manera autónoma para que aprenda a solucionar sus conflictos, un empoderamiento personal.

Durante este trabajo se ha entendido que el papel psicológico de las personas, su pensamiento hacia el yo es muy importante y de vital importancia para el desarrollo de una vida feliz y plena en todos los campos. Los trabajadores sociales tienen las herramientas y conocimientos necesarios para poder encontrar los caminos necesarios hasta los sentimientos de los usuarios, y una vez allí, ayudar a establecer una buena armonía para que el usuario que presenta niveles bajos de autoestima o autoconcepto, o incluso ambos, pueda desarrollar una vida lo más plena y feliz consigo mismo como sea posible.

Como conclusiones del trabajo cabe destacar las siguientes:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos es un factor muy importante para cómo nos comportamos en la vida.
- Los usuarios de Servicios Sociales presentan una gran variedad de problemáticas, pero todas van en relación con un nivel de autoestima y autoconcepto.

- La autoestima y el autoconcepto son dos conceptos totalmente relacionados.
- La labor del trabajador social en el campo psicológico es fundamental y de gran ayuda tanto para los usuarios como para la resolución de la situación o problema.
- La estigmatización es más fácil de recibirla por aspectos físicos o creencias que por ser atendido en Servicios Sociales.
- Los usuarios de servicios sociales no tienen porqué tener el autoconcepto o la autoestima bajas.
- Los usuarios extranjeros tienen menos reparo a acudir a Servicios Sociales, aunque la gran mayoría de usuarios estén en el intervalo de estigmatización percibida baja, los usuarios nacionales tienen puntuaciones ligeramente más altas que los extranjeros.

## Bibliografía

- Branden, N. (2012). *La psicología de la autoestima*. España: Espasa Libros, S. L. U.
- Callejas Fonseca, L., y Piña Mendoza, C. (2005). La estigmatización social como factor fundamental en la discriminación juvenil. *El Cotidiano*, 64-65.
- Carta Social Europea*. (18 de Octubre de 1961). Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de Noticias Jurídicas: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/cse.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/cse.html)
- Cava, M. J., y Musitu, G. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Constitución Española*. (29 de Diciembre de 1978). Recuperado el 27 de Febrero de 2015, de Noticias Jurídicas: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html)
- Decreto 13/1990, de 25 de enero, por el que se regula el sistema de Acción Social de Castilla y León*. (25 de Enero de 1990). Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de Noticias Jurídicas: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/cl-d13-1990.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/cl-d13-1990.html)
- Fitts, W. H., y Warren, W. L. (1996). *Tennessee Self-Concept Scale: TSCS 2*. California: WPS Publishers.
- Goffman, E. (1989). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Río, M. J. (1997). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL. Técnicas de recolección de datos*. Alicante: AGUACLARA.
- Heinsen, M. (2012). *Autoestima y tacto pedagógico en edad temprana. Orientaciones para educadores y familias*. Madrid: Narcea, S.A.
- Lahey, B. B. (1999). *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León*. (16 de Diciembre de 2010). Recuperado el 1 de Marzo de 2015, de Noticias jurídicas: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/cl-l16-2010.t4.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/cl-l16-2010.t4.html)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. (14 de Diciembre de 2006). Recuperado el 1

de Marzo de 2015, de Noticias Jurídicas:  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l39-2006.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l39-2006.html)

*Ley de Bases del Régimen Local de 1985.* (4 de Abril de 1985). Recuperado el 1 de Marzo de 2015, de Noticias Jurídicas:  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l7-1985.t5.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l7-1985.t5.html)

*Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla-León.* (25 de Febrero de 1983). Recuperado el 27 de Febrero de 2015, de Noticias Jurídicas:  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/lo4-1983.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo4-1983.html)

Mora, M., y Raich, R. M. (2005). *Autoestima: evaluación y tratamiento.* Madrid: Ed. Síntesis.

Oñate, M. P. (1989). *El Autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad.* Madrid: Narcea Ediciones.

Pineda, J. A., Perez, J. C., González-Pumariega, S., y García, M. S. (1997). *Psicothema. Revista Anual de Psicología.* Recuperado el 9 de Noviembre de 2014, de Revistas de la Universidad de Oviedo:  
<http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/7405/7269>

Quiles, M., y Espada, J. P. (2004). *Educar en la autoestima. Propuestas para la escuela y el tiempo libre.* Madrid: CCS.

Ross, M. (2013). *El mapa de la autoestima.* Buenos Aires: Dunken.

Shevlin, M., Bunting, B., y Lewis, C. (1995). Confirmatory Factor Analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports* , 707.

## Índices de tablas y gráficos

Tabla 1. Variables del estudio ..... 6

Ilustración 1. La investigación ..... 7

Ilustración 2. Los cuestionarios ..... 9

Ilustración 3. Componentes de la autoestima ..... 14

Ilustración 4. Niveles de autoestima ..... 16

Ilustración 5. Niveles legislativos ..... 22

Ilustración 6. Organigrama institucional ..... 27

Ilustración 7. Recursos I ..... 30

Ilustración 8. Recursos II ..... 31

Ilustración 9. Recursos III ..... 32

Gráfica 1. Edad de los encuestados ..... 34

Gráfica 2. Situación laboral de los encuestados ..... 35

Gráfica 3. Nivel de estudio de los encuestados ..... 35

Gráfica 4. Resultados ayudas de servicios ..... 36

Gráfica 5. Resultados ayudas económicas ..... 36

## Anexos

### Anexo1. Escala Rosenberg de autoestima<sup>6</sup>

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que no soy una buena persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

<sup>6</sup> Datos obtenidos de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>

Anexo2. Escala Tennessee de autoconcepto<sup>7</sup>

1.	Gozo de buena salud	1	2	3	4	5
2.	Me alegra estar siempre arreglado(a) y pulcro (a)	1	2	3	4	5
3.	Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5
4.	Estoy lleno(a) de achaques	1	2	3	4	5
5.	Me considero una persona muy desarreglada	1	2	3	4	5
6.	Soy una persona enferma	1	2	3	4	5
7.	No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a)	1	2	3	4	5
8.	No soy ni mu alto(a) ni muy bajo(a)	1	2	3	4	5
9.	Me agrada mi apariencia física	1	2	3	4	5
10.	No me siento tan bien como debería	1	2	3	4	5
11.	Hay partes de mi cuerpo que no me agradan	1	2	3	4	5
12.	Debería ser más atractivo(a) para con las personas del sexo opuesto.	1	2	3	4	5
13.	Me siento bien físicamente	1	2	3	4	5
14.	Me siento bien la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
15.	Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia	1	2	3	4	5
16.	Soy malo(a) para el deporte y los juegos	1	2	3	4	5
17.	Con frecuencia soy muy torpe	1	2	3	4	5
18.	Duermo mal	1	2	3	4	5
19.	Soy una persona decente	1	2	3	4	5
20.	Soy una persona muy religiosa	1	2	3	4	5
21.	Soy una persona honrada	1	2	3	4	5
22.	Soy un fracaso en mi conducta moral	1	2	3	4	5
23.	Soy una persona mala	1	2	3	4	5
24.	Soy una persona moralmente débil	1	2	3	4	5
25.	Estoy satisfecho(a) con mi conducta moral	1	2	3	4	5
26.	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa	1	2	3	4	5
27.	Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios	1	2	3	4	5
28.	Quisiera ser más digno(a) de confianza	1	2	3	4	5
29.	Debería asistir más a menudo a la Iglesia	1	2	3	4	5
30.	Debería mentir menos	1	2	3	4	5
31.	Mi religión es parte de mi vida diaria	1	2	3	4	5
32.	La mayoría de las veces hago lo que es debido	1	2	3	4	5
33.	Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no	1	2	3	4	5

<sup>7</sup> Datos obtenidos de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mpa/godinez\\_q\\_md/appendiceB.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mpa/godinez_q_md/appendiceB.pdf)

	debo				
34.	A veces me valgo de medios injustos para salir adelante	1	2	3	4
35.	En algunas ocasiones hago cosas muy malas	1	2	3	4
36.	Me es difícil comportarme de forma correcta	1	2	3	4
37.	Soy una persona alegre	1	2	3	4
38.	Tengo mucho dominio sobre mi mismo(a)	1	2	3	4
39.	Soy una persona calmada y tranquila	1	2	3	4
40.	Soy una persona detestable	1	2	3	4
41.	Soy un "don nadie"	1	2	3	4
42.	Me estoy volviendo loco(a)	1	2	3	4
43.	Estoy satisfecho(a) de lo que soy	1	2	3	4
44.	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa	1	2	3	4
45.	Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser	1	2	3	4
46.	Me gustaría ser una persona distinta	1	2	3	4
47.	Me desprecio a mi mismo(a)	1	2	3	4
48.	Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente	1	2	3	4
49.	Puedo cuidarme siempre en cualquier situación	1	2	3	4
50.	Resuelvo mis problemas con facilidad	1	2	3	4
51.	Acepto mis faltas sin enojarme	1	2	3	4
52.	Con frecuencia cambio de opinión	1	2	3	4
53.	Hago cosas sin haberlas pensado bien	1	2	3	4
54.	Trato de no enfrentar mis problemas	1	2	3	4
55.	Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema	1	2	3	4
56.	Soy importante para mis amigos y familia	1	2	3	4
57.	Pertenezco a una familia feliz	1	2	3	4
58.	Mi familia no me quiere	1	2	3	4
59.	Mis amigos no confían en mi	1	2	3	4
60.	Siento que mis familiares me tienen desconfianza	1	2	3	4
61.	Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares	1	2	3	4
62.	Tarto a mis padres tan bien como debiera o debería	1	2	3	4
63.	Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera o debería	1	2	3	4
64.	Me afecta mucho lo que dice mi familia	1	2	3	4
65.	Debería depositar mayor confianza en mi familia	1	2	3	4

66.	Debería ser más cortes con los demás	1	2	3	4	5
67.	Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
68.	Hago el trabajo que me corresponde en casa	1	2	3	4	5
69.	Me intereso sinceramente por mi familia	1	2	3	4	5
70.	Encuentro buenas calidades en todas las personas que conozco	1	2	3	4	5
71.	Me llevo bien con los demás	1	2	3	4	5
72.	Me siento incomodo(a) cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
73.	Me es difícil perdonar	1	2	3	4	5
74.	Me cuesta trabajo entablar conversaciones con extraños	1	2	3	4	5
75.	Algunas veces digo falsedades	1	2	3	4	5
76.	De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse	1	2	3	4	5
77.	En ocasiones me enojo	1	2	3	4	5
78.	Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor	1	2	3	4	5
79.	Algunas de las personas que conozco me caen mal	1	2	3	4	5
80.	Algunas veces me gusta el chisme	1	2	3	4	5
81.	De vez en cuando me dan risa los chistes colorados	1	2	3	4	5
82.	Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras	1	2	3	4	5
83.	Prefiero ganar en los juegos	1	2	3	4	5
84.	En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy	1	2	3	4	5

### Anexo3. Cuestionario personas usuarias de Servicios Sociales<sup>8</sup>

#### Datos personales

**Sexo:** Masculino  Femenino

**Edad:** [≤20]  [21 – 35]  [36 – 50]  [51 – 65]  [66 – 80]  [≥81]

**País de origen:** España  Otro: \_\_\_\_\_

**Ocupación:** Empleado/a  Parado/a  Jubilado/a  Inactivo/a

**Nivel de estudios:** Primarios  Secundarios  Formación Profesional   
Universitarios

**Composición familiar:** \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de ayuda está usted solicitando?** Económica  Servicios  Otros

#### Cuestionario 1

*A continuación se le plantean una serie de preguntas, por favor, marque con una “X” la respuesta a la pregunta que considere más adecuada en base a sí mismo/a y a la situación personal o problema que le ha traído a los Servicios Sociales:*

**a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo**

#### **Cuestionario 1. Preguntas (en base a la escala Rosenberg) A B C D**

1. Siento que soy una persona de aprecio y que tengo buenas cualidades
2. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente
3. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a
4. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a

<sup>8</sup> Elaboración propia

Estos cuestionarios son **confidenciales**, y por ello no se solicita su identidad. El cuestionario **no tiene respuestas correctas e incorrectas**, todas son importantes. Por favor, conteste a las preguntas de acuerdo **a lo que usted cree o piensa**.

5. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a
6. Me gustaría sentir más respeto por mi mismo
7. Hay veces que realmente pienso que soy inútil
8. A veces creo que no soy buena persona

### **Cuestionario 2**

*A continuación se le plantean una serie de preguntas, por favor, marque con una “X” la respuesta a la pregunta que considere más adecuada en base a sí mismo/a y a la situación personal o problema que le ha traído a los Servicios Sociales:*

**a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo**

#### **Cuestionario 2. Preguntas (en base a la escala Tennessee) A B C D**

1. Me siento bien conmigo mismo la mayor parte del tiempo
2. Soy una persona moralmente fuerte, alegre
3. Tengo mucho dominio sobre mi mismo/a
4. Estoy satisfecho/a de lo que soy
5. Siento que mis familiares y/o amigos me tienen desconfianza
6. Me doy por vencido/a muy fácilmente
7. Puedo salir sin ayuda de la situación en la que me encuentro
8. No tengo un buena imagen personal a nivel moral

Estos cuestionarios son **confidenciales**, y por ello no se solicita su identidad. El cuestionario **no tiene respuestas correctas e incorrectas**, todas son importantes. Por favor, conteste a las preguntas de acuerdo **a lo que usted cree o piensa**.

### **Cuestionario 3**

*A continuación se le plantean una serie de preguntas, por favor, marque con una “X” la respuesta a la pregunta que considere más adecuada **en base a sí mismo/a y a la situación de tener que acudir a los Servicios Sociales**:*

**a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo**

#### **Cuestionario 3. Preguntas**

**A    B    C    D**

1. Nunca me han discriminado por acudir a Servicios Sociales
2. Nunca he sentido vergüenza por tener que acudir a Servicios Sociales
3. Acudir a Servicios Sociales no me supone ningún reparo
4. Acudir a Servicios Sociales me parece algo positivo
5. Me he sentido o siento discriminado por acudir a Servicios Sociales
6. Mantengo en secreto que acudo a Servicios Sociales
7. Me siento mal por tener que acudir a Servicios Sociales
8. Creo que la gente piensa mal de los usuarios de Servicios Sociales

## Anexo 4. Resultados de la investigación

Sexo	
<b>Masculino</b>	18
<b>Femenino</b>	22

Tipología de ayuda	
<b>Económica</b>	20
<b>Servicios</b>	20

Edad	
[≥20]	
[21 - 35]	6
[36 - 50]	21
[51 - 65]	10
[66 - 80]	3
[>81]	

Composición familiar	
<b>1 miembro</b>	9
<b>2 miembros</b>	5
<b>3 miembros</b>	13
<b>4 miembros</b>	10
<b>5 miembros</b>	3

País de origen	
<b>Brasil</b>	2
<b>España</b>	26
<b>Marruecos</b>	4
<b>Guatemala</b>	2
<b>Togo</b>	2
<b>Bulgaria</b>	4

	Baja f <sub>i</sub>	Media f <sub>i</sub>	Alta f <sub>i</sub>
<b>Autoestima</b>	6	15	19
<b>Autoconcepto</b>	5	13	22
<b>Estigmatización percibida</b>	35	5	

Ocupación	
<b>Empleado/a</b>	15
<b>Parado/a</b>	18
<b>Jubilado/a</b>	5
<b>Inactivo/a</b>	2

Nivel de estudios	
<b>Primarios</b>	11
<b>Secundarios</b>	11
<b>Formación profesional</b>	8
<b>Universitarios</b>	10