

Enero 2019. 1^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJO
SOCIAL
DE
MADRID

86

LUIS M. RODRÍGUEZ | MARÍA GLORIA GALLEG0 | PURIFICACIÓN GARCÍA
MIRIAM CALVO | ARACELI JIMÉNEZ | MARÍA JOSÉ MARTÍN
MARÍA DEL CARMEN FLORES | JOSÉ LUIS LEAL | OLIVER JUAN CANALES
ANTONIO JIMÉNEZ

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
Universidad Nacional de Educación a Distancia
direccion@trabajosocialhoy.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
tsh@trabajosocialhoy.com

Consejo de Redacción/Review Editors

Concepción Castro Clemente (A3TS)
Fernando Cuevas Álvarez (Cruz Roja Española)
Marta Escudero Iglesias (Asociación Española Contra el Cáncer)
José Luis Fernández-Pacheco Sáez (APRODEL)
Yolanda García Fernández (Ayuntamiento de Madrid)
Susana González Chacón (Hartford)
Eduardo Gutiérrez Sanz (Provienda)
María Rosario Luis-Yagüe López (Asociación Española de Trabajo Social y Salud-AETSYS)
Esther Rodríguez López (AICTS)
María Concepción Vicente Mochales (Universidad Complutense de Madrid)
Martha Leticia Cabello Garza (Universidad Autónoma de Nuevo León-México)
María José Planas García de Dios (Comunidad de Madrid)

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)
Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Manuel Gil Parejo (Universidad Pontificia Comillas)
Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología SEGG)
Gregoria Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)
Darío Pérez Madera (Samur Social)
Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Evaluadores durante el año 2018/Reviewers 2018

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid agradece la colaboración de las siguientes personas que, durante el año 2018, han evaluado los originales que se han recibido para su publicación:

Rubén Arriazu Muñoz	Javier García Bresó	Raquel del Horno Castro	Susana de Lucas Martínez
Laura Langa Martínez	Rosa María Rodríguez Rodríguez	Laura María Díaz Fuente	Eva María Miguélez Lorenzana
Osiris Josefina Morales Rojas	María Acracia Nuñez Martínez	Marta Mortouto Velasco	Eloina Nogal Martín
Adriana Ornelas Bernal	Raúl Bonilla Herrador	María José Romero Ródenas	Anna Sroka
Juana Ramos Cantó	Andrea Antonia Oliva	Nelia Tello Peón	Elena Andrés del Pozo
Carmen Meneses Falcón	Mark W. Lusk	Silvia López Bueno	Guadalupe Vázquez Rodríguez
Raquel Arguedas Cabello	Beatriz Rodrigo Moya	Valentín Márquez Romero	José Manuel Jiménez Rodríguez

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: Mar Ureña Campaña. Ayuntamiento de Madrid
Vicedecano I: Daniel Gil Martorell. Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo
Vicedecana II: Gema Gallardo Pérez. Asociación Provienda
Secretaria: Agustina Crespo Valencia. Centro de Salud Mental de Vallecas
Tesorera: Marta Cubero García. Dirección General de Atención a la Dependencia

Vocales:

Ana García Montero. Juzgados de Familia de Madrid
Alejandro Gonzalo López Pérez. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid
Laura Ponce de León Romero. Universidad Nacional de Educación a Distancia
Belén Novillo García. Servicios Sociales Municipales Tres Cantos
Jose María Regalado López. Inmersión Tic Academy
María Menéndez Palomo. Centro de Servicios Sociales de Entrevías. Ayuntamiento de Madrid

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID

C/ Evaristo San Miguel, 4, Local.
Madrid 28008. España
publicaciones@comtrabajosocial.com
Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80
www.comtrabajosocial.com

Diseño y maquetación: Carmen de Hijos
Impresión: Afanías Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

Editada en Enero de 2019
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefijo: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation [5]

Artículos | Articles [7-36]

Dossier: Educación

Educación inclusiva y personalizada. Un abordaje desde la perspectiva familiar
Inclusive and Personalized Education. A Family Approach
Luis M. Rodríguez Otero, María Gloria Gallego Jiménez y Purificación García
Álvarez 7-24

Teorías de la reproducción y de la resistencia en los sistemas escolares.
Reflexiones en torno al género, clase, etnia y orientación sexual
*Reproduction and Resistance Theories in School Systems. Reflections on Gender,
Class, Ethnicity and Sexual Orientation.*
Miriam Calvo Ruiz y Araceli Jiménez Pelcastre..... 25-36

Interés profesional [37-66]

La adopción internacional, estudios referentes a los vínculos de los adolescentes,
búsqueda de identidad y percepción del apoyo social percibido con los pares
*International adoption: studies on adolescent's bonds, search for identity and social
support received from the peers*
María José Martín Rodríguez..... 37-52

Envejecimiento y Políticas Públicas. Un desafío en México para la intervención del
trabajo social
Ageing and Public Policies. A Mexican Challenge for Intervention in Social Work
María del Carmen Flores Ramírez y José Luis Leal Espinoza 53-66

Intervención profesional [67-120]

Enfermedad de von Hippel-Lindau, una visión desde el trabajo social 3.0
Von Hippel-Lindau Disease, a 3.0 social work perspective
Oliver Juan Canales Sirgo 67-92

Trabajo social con menores sancionados por consumo de cannabis atendidos en el
Centro de Atención Integral de drogodependencias de Torrejón de Ardoz
*Social Work with Minors Sanctioned for Cannabis Consumption Treated in Centro de
Atención Integral de Drogodependencias in Torrejón de Ardoz*
Antonio Jiménez Fernández..... 93-120

Reseñas | Reviews

[121-122]

Título del libro: Una rama caída

Book Title: A Fallen Branch

Autor: Rafael Donaire Casas..... 121-122

Reseña realizada por Ana García Montero

Información profesional | Professional information

[123-134]

La Historia Social

The Social History 123-134

PRESENTACIÓN

En este nuevo número de la revista, el apartado de *Dossier* está dedicado a un tema de actualidad, la educación. Ese elemento imprescindible para afianzar valores y comportamientos en los ciudadanos y las ciudadanas que integran las distintas sociedades, y que, gracias a ella, se pueden convertir en espacios de convivencia cohesionados y pacíficos, donde impere la igualdad de oportunidades, la justicia social y la equidad. En los últimos años, y con motivo de la crisis económica, la Seguridad Social, la Educación, la Sanidad y los Servicios Sociales, en definitiva los cuatro pilares del Estado de Bienestar, se han visto deteriorados por los recortes presupuestarios; pero los profesionales al frente de los mismos no han desistido en la lucha incesante por ofrecer y defender un servicio público de calidad.

La agenda política del sistema educativo español está orientada en estos momentos hacia la educación inclusiva y personalizada. Por este motivo en el primer artículo se explican los resultados obtenidos en un estudio cuantitativo realizado a 1499 familias, en los que se evidencia la necesidad de atender las particularidades de cada niño/a, de vincular a las familias en todo el proceso educativo, y de aumentar la formación y los medios para que los docentes puedan llevar a cabo estos nuevos planteamientos metodológicos, más personalizados e inclusivos.

En un segundo artículo se estudian las variables que pueden influir en la educación recibida, como son la clase, el género, la etnia y la orientación sexual; y como estas pueden desvirtuar la educación ofrecidas desde las instituciones así como los proyectos existenciales de los estudiantes. Los resultados de este estudio teórico señalan que durante los procesos educativos tanto el profesorado como el alumnado reproducen actitudes y prácticas que podrían generar desigualdades. Sin embargo, también se podrían desarrollar acciones de resistencia hacia el poder hegemónico, que posibiliten un cambio hacia estructuras más igualitarias y menos discriminatorias.

El apartado de *Interés profesional* está integrado por dos artículos en los que se analiza la situación que vive México en materia de envejecimiento, pues será uno de los países, en el año 2050, con mayor crecimiento de personas mayores, y los procesos de adaptación que viven los más de setenta mil niños, que han sido adoptados en España en las dos últimas décadas, respectivamente.

En el apartado de *Intervención profesional* se explican las experiencias llevadas a cabo en un Centro de Atención Integral a Drogodependencias y en el ámbito de la salud con la utilización de las nuevas tecnologías. En el primer caso el estudio comenta que los menores que consumen cannabis suelen ser varones, con hábitos no deportivos y con problemas familiares. En el segundo se explica la importancia de las redes sociales para la intervención práctica sobre una enfermedad rara, la enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL).

Esperamos que este nuevo número sea de interés y utilidad.

Laura Ponce de León Romero
Directora Revista Trabajo Social Hoy

EDUCACIÓN INCLUSIVA Y PERSONALIZADA. UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR

INCLUSIVE AND PERSONALIZED EDUCATION. A FAMILY APPROACH

Luis M. Rodríguez Otero (1), María Gloria Gallego Jiménez (2) y Purificación García Álvarez (1)

(1) Universidad de Santiago de Compostela

(2) UNIR

Resumen: La educación inclusiva y personalizada actualmente está marcando la agenda política del sistema educativo español, es necesaria la implicación de diferentes actores, entre ellos las familias. Se plantea una investigación cuantitativa de una muestra de 1 499 familias para analizar la participación de las familias, identificar la percepción que poseen sobre la educación inclusiva y personalizada y constatar si consideran que los valores y principios de los centros están vinculados con este tipo de educación. Los resultados muestran que las familias consideran que los valores impartidos en estos colegios ponen de manifiesto que la educación personalizada acoge y está en sintonía con la educación inclusiva. Es por ello que se evidencia la necesidad de una mayor formación teórico-práctica que permita cambiar la realidad existente y favorecer entornos inclusivos en cuanto a la metodología.

Abstract: Inclusive and personalized education is currently marking the political agenda of the Spanish educational system, for which it is necessary the involvement of different actors, like the families. A quantitative research of 1 499 families is proposed with the objectives of analyzing the participation of families, identifying the perception they have about inclusive and personalized education and checking if they consider that the values and principles of the centers are linked to this type of education. The results show that the families consider that the values taught in these schools show that personalized education welcomes, and is in tune, with inclusive education. That is why there is an evidence of the need for more theoretical-practical training that will allow changing the existing reality and favouring inclusive environments in terms of methodology.

Palabras clave: Educación, Familia, Inclusión, Socialización, Intervención.

Key words: Education, Family, Inclusion, Socialization, Intervention.

| Recibido: 05/11/2018 | Revisado: 22/12/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: Luis M. Rodríguez Otero. Docente de la Universidad de Santiago de Compostela (España). Email: luismaotero@yahoo.es. María Gloria Gallego Jiménez. Docente UNIR. Email: gloriagallegojimenez@gmail.com. Purificación García Álvarez. Docente Universidad de Santiago de Compostela (España). Email: purinaga@euts.es

Referencia normalizada: Rodríguez Otero, L.M., Gallego, M.G., y García-Álvarez, P. (2019). Educación inclusiva y personalizada. Un abordaje desde la perspectiva familiar. *Trabajo Social Hoy*, 86, 7-24. doi: 10.12960/TSH.2019.0001

1. INTRODUCCIÓN

López, Echeíta, Martín (2010) afirman que actualmente se está llevando en algunas aulas la educación inclusiva que comporta que todos –maestros, alumnos y padres– participen de este proyecto común. Además existen otros autores, que remarcan cómo se está en el inicio de esta reestructuración que conlleva un proceso de cambio que será largo y costoso. La educación inclusiva parte del interés por la persona y por cada una de ellas. Se puede afirmar que parte de una educación personalizada ya que busca adaptar tanto materias como metodologías a las necesidades específicas de cada alumno sin que conlleve a una educación individualizada (Bernardo, Javaloyes, Calderero, 2007).

De hecho, la concepción de la educación personalizada está hoy extendida en numerosos países y contextos educativos (Marchesi, 2001). Entre las contribuciones de dicho concepto se aprecia un mayor énfasis en la acción del educando. Destaca sobre todo la preparación para ser más eficaz. La práctica educativa, el conocimiento, los estilos cognitivos y de aprendizaje, así como mostrar un carácter integrador, estar abierto a la comunicación, permiten la reflexión y la creatividad. “La educación personalizada lo es en la medida en que se realiza en un sujeto que tiene rasgos propios, que se siente obligado, comprometido, por sus posibilidades personales y que, al mismo tiempo, se ennoblecce por el hecho mismo de vivir y obrar como persona” (García Hoz, 1988, p. 25).

Hoy en día se aprecian colegios no sólo en España sino a nivel internacional que imparten una educación personalizada cuyos rasgos facilitan una educación inclusiva (García-Barrera, 2011). De hecho esos rasgos personalizados como son la apertura, la autonomía, la singularidad, han conseguido un beneficio en el aprendizaje del alumno (García Hoz, 1988). Existe un verdadero interés del tutor hacia el alumno y los padres llegando así a un trato más personalizado e inclusivo. También se puede palpar cómo en todas las clases de edad escolar y universitaria existe una diversidad muy enriquecedora donde los alumnos están aprendiendo y obteniendo beneficio de ello.

Paralelamente se detecta cómo el sistema educativo está realizando unos cambios muy positivos que pueden favorecer a esa integración y a esa ayuda para el buen desarrollo de cada alumno. Blanco (2008) establece la diferencia entre inclusión e integración ya que, muchas veces, se interpreta la educación inclusiva como integración y no es así.

Todo ello comporta cambios importantes en las actitudes y en la formación de los profesores y directivos en los sistemas evaluativos y de orientación. Por este motivo, se presenta un estudio recogido del análisis de una red de colegios en Cataluña (Institución Familiar de Educación) promotores de una “educación personalizada cuya

finalidad es la perfección de la persona” (Martínez-Otero, 2000, p. 19) fomentando una formación humana basada en valores que ayudan a llevar a cabo una educación inclusiva.

El concepto de “inclusión” puede ser algo ambiguo y comprende muchos ámbitos. Es oportuno extraer la definición de Echeita y Ainscow (2011, p. 32): “la inclusión es un proceso que nunca acaba, ya que ha de ser tratada como una investigación inacabable de formas de responder a la diversidad del alumnado”.

Es una realidad que la sociedad ha llevado a cambiar el sistema educativo presentando unas características que ayudan a abarcar esa diversidad. Se educa con métodos donde se tiene presente: la cooperación, el trabajo en equipo, diversidad, personalización, solidaridad y otras muchas características. De hecho el aprendizaje cooperativo se aplica y es vigente en la educación inclusiva al igual que en la personalizada. Pujolàs (2006, p. 251): “los miembros de un equipo de aprendizaje cooperativo tienen una doble responsabilidad: aprender lo que el profesor les enseña y procurar que los compañeros del equipo también lo aprendan”. Numerosos estudios señalan que el aprendizaje cooperativo promueve el aprendizaje y se sitúa en la base de un mayor rendimiento en el aula de inclusión (Johnson, Johnson y Smith, 2014; Wolfensberger and Canella, 2015; Korkmaz y Tay, 2016; Chatila y Husseiny, 2017).

Esta investigación se centra en el estudio de una red de colegios en Cataluña, donde se imparte una educación personalizada para ver si se imparten: valores en la educación personalizada; la relación que existe con la educación inclusiva; la importancia de las tutorías y si hay una buena comunicación entre padres-colegio y alumnos.

2. OBJETIVOS. LA ENSEÑANZA PERSONALIZADA

La expresión educación personalizada la acuñó en los años 1960 Víctor García Hoz, para este pedagogo español, “la educación personalizada no sólo incorpora la enseñanza individualizada, sino que va más allá, ya que considera la necesidad de estimular y reforzar las relaciones entre seres humanos” (1988, p. 86). Estos serán los objetivos de la enseñanza personalizada:

Primer objetivo: La educación personalizada proporciona comunicación

El primer objetivo que se estudia en estos colegios es observar si los valores que se transmiten facilitan la comunicación y el buen hacer de las familias con el centro educativo. Actualmente, existe una crisis de valores debida a que la sociedad de consumo lucha por tener más bienes y servicios (Buxarrais, 1997). La finalidad es demostrar un status a los demás, y evidenciar que ha tenido éxito en la vida y ser valorados social-

mente (Pastor, 2018, p. 5). “La educación en valores es consustancial a la educación misma ya que es parte del proceso socializador que compete a la escuela, tanto como a la familia”.

Segundo objetivo: la educación personalizada unida a una educación inclusiva facilita la transmisión de valores en la tutoría

El segundo objetivo de estos centros educativos es observar la estrecha unión entre la educación personalizada con la educación inclusiva, ya que ambas persiguen acoger a todos los niños en grupos heterogéneos, con una diversidad de necesidades, habilidades de forma personalizada. Maraculla y Saiz (2009) indican que se busca proporcionar el apoyo necesario para que cada alumno sea atendido de la mejor forma posible. Por este motivo, los colegios que imparten educación personalizada priorizan las entrevistas y la orientación que reciben los padres de los tutores.

Tercer objetivo: la tutoría transmite valores

Hay clara conciencia de que “la tutoría es un elemento de calidad educativa” (Bisquerra, 2002, p. 78) para llegar a la formación integral de la persona. Las horas de tutorías representan oportunidades para que el alumno observe cómo se razona sobre aquellos asuntos que le ocupan” (Esteban, 2007, p. 82). Estas palabras reflejan que la tutoría debería ser un “refuerzo” de los valores porque ayuda al alumno a reconducir o potenciar sus conductas y elegir el camino adecuado sin forzar su libertad.

Uno de los aspectos del segundo objetivo tratado, era valorar si en las entrevistas de los tutores con los padres existe una implicación de los tutores. De hecho, uno de los rasgos de estas entrevistas sería conseguir: “La mejora de los tiempos y de los espacios para la escucha y la comprensión es una cuestión importante” (Collet, y Tort, 2008, p. 58). Es decir situar al tutor para que lleve a cabo una entrevista que realmente consiga extraer lo mejor de cada alumno y luego transmitirlo a los padres supone una implicación activa por parte del tutor o tutora. Para ello se observa si conocen el ideario del colegio basado en una formación humana que se basa en el diálogo bien dirigido sobre temas cruciales y relevantes para sus vidas, propicia que se pueda conseguir la apertura.

A continuación se presenta una tabla en forma esquemática de los rasgos que se tienen en cuenta en las entrevistas realizadas por el/la tutor/a con los padres que se observa en los colegios que imparten educación personalizada:

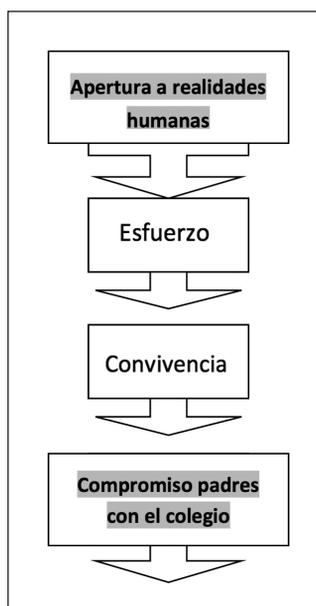


Figura 1. Características entrevistas docentes.

Fuente: Elaboración propia.

El tercer objetivo estrechamente unido al anterior ya que se destacan aquellos aspectos educativos vinculados con los padres ya sea a nivel docente, formativo o pedagógico. De esta forma, se comprueba si la metodología aplicada es la panacea educativa ya que, Altun (2015) informa de que es causa de desasosiego debido a la necesidad de que los estudiantes alcancen el éxito en todas las etapas educativas.

El cuarto objetivo es apreciar aquellos rasgos que los padres pueden destacar de estos colegios

Se presenta una investigación, tomando como contexto Cataluña y como red de colegios de análisis Institución Familiar de Educación. El motivo de utilizar estos centros se basó en la posibilidad que una de las personas del artículo trabajase en dichos colegios y así permitiera realizar acciones de presente.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación parte de un diseño cuantitativo en el que se realizó un análisis descriptivo-correlacional, para el cual se obtuvieron los totales, frecuencias y porcentajes de cada variable (mediante tablas de contingencia) y se analizaron las medias de cada una de ellas.

Tomando en consideración un universo de 1 576 alumnos/as matriculados en 2016-2017 en los 13 centros educativos de la Institució Familiar d'Educació de Barcelona (COL.LEGIS), se utilizó un muestreo que incluye el total del universo para el análisis cuantitativo. Se presentó la investigación a las familias en octubre de 2016 y se aplicó hasta marzo de 2017, quedando conformada la muestra final en 1 499 familias.

Tabla 1. Participantes según centro educativo

Centro Educativo	N	%
Airina	57	3,8
Aixa	129	8,6
Arabell	64	4,3
Aura	121	8,1
La Farga	224	14,9
La Farga Infantil	79	5,3
La Vall	251	16,7
Les Alzines	278	18,5
Llaüt	81	5,4
Mestral	31	2,1
Montclar	40	2,7
Terraferma	52	3,5
Turó	92	6,1
Total	1 499	100

Fuente: Elaboración propia.

Como instrumentos de recogida de datos se utilizó un cuestionario formado por una batería de cuestiones sociodemográficas, preguntas cerradas y semi-cerradas y escalas Likert, así como una pregunta abierta sobre aspectos a destacar en el centro. El cual fue autoadministrado voluntariamente a las familias de los menores matriculados en los centros anteriormente citados. Siendo respondido por 944 madres (63 %), 411 padres (27,4 %) y 144 por ambos progenitores (9,6 %). De los cuales 478 poseían hijos matriculados en Educación Infantil, 787 en Educación Primaria, 501 en Secundaria y 181 en Bachillerato.

En el cuestionario sociodemográfico, a través del cual se plantaban cuestiones referentes al centro educativo, el curso en el que estaba su hijo/a matriculado, el sexo y la antigüedad de su hijo/a en el centro. Por otro lado las preguntas cerradas planteadas se referían a la imagen, posición respecto al entorno, la evolución, pronósticos y fomento del buen clima por parte del centro y la existencia de diversos valores en el

mismo. También se aplicó una escala Likert con valores del 1 al 10 sobre la enseñanza en los distintos niveles y áreas académicas, las instalaciones, la atención por parte de toda la comunidad educativa. Finalmente se aplicó otra escala Likert con valores del 1 al 5 sobre la comunicación y el compromiso en el centro, el conocimiento del Audel (es un proyecto que tienen hasta el 2020 de mejora en el colegio que abarca el campo de afectividad y conocimiento) y su valoración, su afiliación y su afinidad con la misma.

El cuestionario fue aplicado por los propios centros durante los meses de octubre de 2016 y marzo de 2017 de forma voluntaria. Posteriormente fueron codificados (SPSS versión 20) y analizados por dos investigadores, quienes realizaron un análisis respecto a qué categorías se evidenciaban en la muestra y en relación a qué variables se producen correlaciones significativas.

4. RESULTADOS

A través del cuestionario aplicado se observa que la mayor parte de las familias poseen una imagen buena (47,6 %) o muy buena del centro (39,9 %), aunque existen participantes que señalan que es regular (9,7 %) o mala (0,5 %). Este dato contrasta con el imaginario que poseen sobre el posicionamiento que ocupa el centro en el que estudian sus hijos/as respecto a los colegios de alrededor; el cual para 1 161 participantes consideran que es de los primeros (77,5 %), en 291 (19,4 %) intermedio y para 16 (1,1 %) lejos de las primeras posiciones.

Por otro lado destaca que la mayor parte de las familias consideran que el centro en los últimos años ha mejorado mucho (41,4 %) o un poco (42,0 %) frente a 176 participantes que indican que ha empeorado (11,8 %). No obstante se observa que la percepción que poseen sobre la evolución futura de los centros también es positiva, ya que 631 participantes (42,1 %) consideran que mejorará mucho, 695 (46,4 %) mejorará algo y 115 (7,7 %) que empeorará.

También destaca que la mayoría de las familias considera que en el centro se fomenta el buen clima, ya que ante esta cuestión 998 participantes señalan que están totalmente de acuerdo (66,6 %), 389 parcialmente de acuerdo (26,0 %), 59 algo en desacuerdo (3,9 %) y 20 totalmente en desacuerdo (1,3 %).

Destaca que de un total de 19 principios sobre los que se sustentan los centros educativos objeto de estudio: el 59,4 % de las familias considera que el centro en el cual estudian sus hijos/as el respeto es uno de los valores que se inculcan, el 57,1 % el trabajo, el 54,6 % la disciplina, el 51,3 % la profesionalidad, el 50,7 % el compromiso y el 50,4 % la amabilidad. No obstante también se identifica la presencia de otros valores, aunque en menos de la mitad, tales como: en el 47,1 % el servicio, el 45,8 % la alegría,

el 39,4 % la innovación, el 39,3 % el optimismo, el 37,8 % la proximidad, el 36,6 % el diálogo, el 17,5 % la libertad, el 16,1 % la inclusión, el 16,0 % la flexibilidad, el 14,7 % la diversidad, el 14,5 % la transparencia, el 11,9 % la pluralidad y para el 11,8 % la apertura. Destacando que 840 familias (50,03 %) identifican simultáneamente entre 3 y 8 valores y 479 (31,95 %) entre 3 y 5.

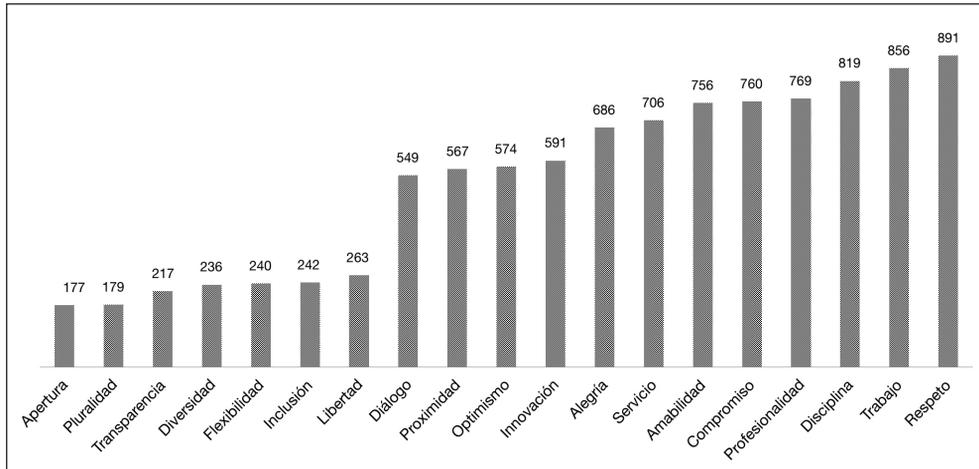


Figura 2. Valores señalados por las familias.

Fuente: Elaboración propia.

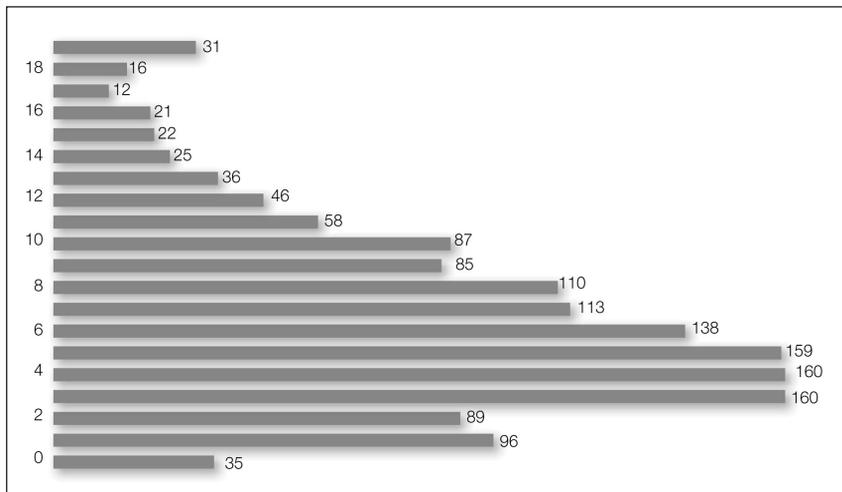


Figura 3. Número de valores señalados en cada familia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Valoración de las familias de los centros educativos

Aspecto	Valoración
Educación Física	6,98
Posibilidad de intercambios y estancias al extranjero	7,00
Expresión Artística	7,02
Satisfacción con la presencia de la tecnología en el colegio	7,26
Atención a la diversidad	7,29
Servicio del comedor	7,35
Participación en proyectos externos	7,35
Funcionamiento de los Matrimonios Encargados de Curso	7,36
Bachillerato	7,45
ESO	7,46
Instalaciones materiales	7,79
Innovación educativa	7,80
Atención e implicación del resto del profesorado	7,92
Nivel de inglés	7,94
Adquisición de hábitos de trabajo por parte de las alumnas	7,95
¿Cómo valoraríais numéricamente vuestra vinculación afectiva con el Colegio?	8,03
Primaria	8,10
Actividades de formación de padres (reuniones trimestrales, cursos de orientación, etc.)	8,19
Nivel académico del centro	8,22
Comunicación del colegio	8,32
Calidad de las entrevistas de tutores con padres	8,35
Atención e implicación por parte del tutor/a	8,40
Guardería	8,44
Escuela Infantil	8,45
Nivel de formación humana en el colegio (educación, respeto, etc.).	8,53
Atención por parte de Secretaria	8,55
VALORACIÓN	7,81

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la valoración que hacen las familias de los centros se observa que a nivel global es, en una escala del 0 al 10, de 7,81 puntos. Siendo los aspectos mejor valorados: la atención por parte de la secretaria, el nivel de formación humana, la atención, la calidad de las entrevistas y la comunicación en la escuela. Mientras que los aspectos

cuyas valoraciones son más bajas refieren a cuestiones como: la Educación Física, la posibilidad de intercambios con el extranjero, la expresión artística y la satisfacción con la presencia de tecnología en la escuela.

Por otro lado también destaca que la valoración es superior en los niveles formativos más bajos (Primaria, Guardería y Escuela infantil), los cuales son superiores a 8 puntos; que en los niveles superiores (ESO y Bachillerato), los cuales son superiores a 7 puntos.

Además, un aspecto relevante subyace del hecho de que entre todas las variables analizadas se produce una correlación bivariada de Pearson a nivel 0.01 directamente proporcional, con un nivel de significación de 0. Siendo entre 16 superior a 0.600 y entre las variables de: (1) nivel de formación humana en el colegio (educación, respeto, etc.) y atención e implicación por parte del preceptor o preceptora de 0.869, (2) nivel de formación humana en el colegio (educación, respeto, etc.) y calidad de las entrevistas de tutoría de 0.720 y (3) atención e implicación por parte del tutor o tutora y calidad de las entrevistas de la tutoría de 0.732.

Tomando en consideración la puntuación global de la escala aplicada se observa que la valoración es superior a 8 puntos en los centros de LF Infantil (8,28), Turó (8,15) y Les Alzines (8,10). Mientras que en el resto de centros es superior a 7 puntos (7,96 en Llaüt, 7,94 en Arabell, 7,93 en Airina, 7,90 en La Vall, 7,85 en Aixa, 7,40 en Montclar, 7,52 en Mestral, 7,49 en Aura, 7,35 en La Farga y 7,31 en Terraferma).

También destaca que más de un 80 % de las familias considera que los centros están comprometidos con los compromisos adquiridos, siendo 728 familias quienes indican que están bastante comprometidos (48,6 %) y 639 muy comprometidos (42,6 %).

En cuanto a la comunicación que existe en los centros educativos analizados se observa que las valoraciones son a nivel general positivas, siendo:

- Respecto a la dirección un nivel de satisfacción de 3,24 sobre 4; lo cual se corresponde con una satisfacción buena. Siendo para el 42,6 % muy buena.
- En referencia al profesorado la satisfacción se corresponde con un nivel de 3,41, es decir buena y para el 53,8 % de las familias sería muy buena.

Finalmente se observa que, respecto al Audel (proyecto que tienen hasta el 2020 de mejora en el colegio que abarca el campo de afectividad y conocimiento), los resultados del cuestionario aplicado señalan que:

- El nivel de conocimiento es alto, aunque 184 familias lo desconocen (15,9 %). Destacando que el 79 % lo conocen, de los cuales el 50,6 % saben que se desarrollará hasta 2020.

- En la valoración que hacen las familias del mismo se observa que 732 (62,9 %) hace una muy buena valoración y señala que deben esforzarse por mantenerse actualizados y cumplir los desafíos actuales de la educación. Asimismo 201 familias (17,3 %) indican que es un esfuerzo por hacer un estilo atractivo pero que no cambia nada esencial y 61 (5,2 %) que no están muy a favor, alegando que es una innovación educativa, al igual que ahora todas las escuelas, con mucha tecnología.

Tabla 3. Valoración de aspectos educativos

Aspecto	Nº	%
La educación física y los hábitos saludables	60	1,8
Un nivel alto de lengua inglesa	473	13,9
La educación de la fortaleza, la exigencia y la laboriosidad	712	20,9
Una buena preparación preuniversitaria	413	12,1
Las buenas maneras en la relación social	318	9,3
Que sean felices y vengan contentos al colegio	398	11,7
Virtudes de la convivencia y las relaciones de amistad	479	14,1

Fuente: Elaboración propia.

Los aspectos formativos que las familias consideran más relevantes refieren a la educación en valores como la fortaleza, la exigencia y el trabajo (20,9 %), la formación religiosa (16,2 %), cuestiones relacionadas con la convivencia y las relaciones de amistad (14,1 %), el nivel de lengua inglesa (13,9 %) y la preparación universitaria (12,1 %).

Tabla 4. Valoración del Instituto Familiar de Educación (IFE)

Aspecto	Nº	%
Unificar y asegurar el estilo educativo fundacional en todos los colegios	770	46,8
Aprovechar la potencialidad de ser un grupo con muchos colegios	391	23,8
Coordinar algunas actividades y proyectos pedagógicos	259	15,8
Menor autonomía por parte de los colegios	62	3,8
Ser de la Institución no aporta nada a los colegios	14	0,9
Nunca nos lo han explicado bien	95	5,8
No responde	53	3,2

Fuente: Elaboración propia.

La valoración que hacen respecto al hecho de que los centros formen parte de IFE es a nivel general buena, siendo las cuestiones más valoradas aspectos como: unificar y asegurar el estilo educativo fundacional en todas las escuelas, aprovechar el potencial de ser un grupo con muchas escuelas y coordinar algunas actividades y proyectos educativos.

5. DISCUSIÓN

Los resultados presentados a la luz de las entrevistas y encuestas confirman cómo el primer objetivo presentado sobre los valores que se transmiten facilita la educación inclusiva y personalizada. Destaca principalmente el respeto, el trabajo, la profesionalidad, el compromiso y la amabilidad. Estos rasgos son los que facilitan que se pueda impartir una educación inclusiva. Pastor, (2018, p. 63) señala cómo “los valores que se intentan transmitir en una educación inclusiva son de tipo social, ya que se busca una sociedad más equitativa, justa y solidaria donde todos/as son considerados/as ciudadanos/as de pleno derecho”.

De esta forma los alumnos se forman en la convivencia e interrelación de diversidad de culturas y etnias, adaptando posturas de aprecio hacia las diferencias y semejanzas. Es uno de los rasgos de una educación inclusiva. De hecho la inclusión es un término pedagógico que intenta, por parte de los colegios, dar respuesta a la diversidad de sus alumnos y sus necesidades, según Méndez y Cataldi (2012). También este concepto hace referencia al modo en que se debe dar respuesta a la atención a la diversidad (Peñaherrera, Sánchez-Teruel y Cobos, 2010; Sánchez y Robles, 2010).

Los valores más destacados por los padres han sido el respeto, el compromiso y la responsabilidad. Guerrero y Calvo (2012) destacan actitudes y valores socio-políticos, centrados en el respeto, la justicia, el compromiso y la responsabilidad ya que todos ellos facilitan una apertura a la inclusión en los colegios.

No obstante cabe destacar que también se tienen presentes otros valores como: el servicio, la alegría, la amabilidad, la innovación, el optimismo, la proximidad, el diálogo, la flexibilidad, la inclusión, la transparencia, entre otros -no menos importantes- sino que se tienen presente tanto al impartir una educación inclusiva como personalizada que son dos rasgos esenciales en estos colegios. Estos rasgos pueden asociarse a lo que nos indica, López (2011) que destaca como una escuela inclusiva se basa en una educación en valores donde el respeto, la participación y la convivencia han de ser los nuevos pilares en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Los padres destacan que las causas reflejadas en el análisis de los valores son debidas a la formación humana que reciben y al trato personalizado. Este motivo conduce al segundo objetivo de la investigación, ya que se observa la vinculación de la educación

inclusiva y personalizada de forma indirecta analizando aquellos aspectos relevantes que proporcionan los padres en relación al centro.

Se debe mencionar que uno de los puntos que define la educación inclusiva se demuestra en esa relación con la educación personalizada. De hecho la profesora Alba García de la Universidad de Internacional de la Rioja en su artículo: “La Educación personalizada como herramienta imprescindible para atender la Diversidad en el Aula” (2011, 184) expresa: “Múltiples profesionales de diversos ámbitos (educadores, filósofos, sociólogos, entre otros) han denunciado la pérdida del sentido comunitario en el funcionamiento de centros escolares, el fuerte individualismo y competitividad escolar, y, en definitiva, la despersonalización de las escuelas”.

Para ello se ha querido analizar la opinión de los padres sobre las entrevistas realizadas en los colegios en la tutoría. Se ha observado cómo el aspecto más destacado es la formación humana, rasgo esencial de un buen trato personalizado e inclusivo para cada alumno. De hecho se ha obtenido un porcentaje alto en relación a la atención, a la calidad de las entrevistas y a la comunicación. Como bien indica Casanova (2011, p. 57) “la educación inclusiva es un referente para el desarrollo de la persona y la formación de ciudadanos y ciudadanas que conviven en una sociedad democrática”.

En relación a este segundo objetivo propuesto (valoración que hacen las familias de los centros) se ha analizado qué aspectos destacan más: la formación humana junto a la calidad de entrevistas y la comunicación que, de forma directa, son aspectos esenciales tanto para la educación personalizada como inclusiva. Sin embargo, se recoge que se deberían establecer medidas para fomentar más la educación física y el intercambio con el extranjero desde el centro escolar, principalmente en Educación Secundaria y Bachillerato. Por estos motivos se debería contar con la colaboración de las familias, profesorado, alumnado, personal no docente, organismos sociales y culturales, asociaciones, para potenciar campeonatos con otros colegios e intercambio con otros centros escolares abriéndose a más posibilidades. También cabría mencionar otra posible intervención, ya que sería conveniente contar en el centro con un equipo dedicado a fomentar estos cometidos.

Dentro de este segundo objetivo se refleja la necesidad de potenciar la expresión artística y más presencia de la tecnología en el aula. Este último aspecto hay que tenerlo en cuenta y se debería intervenir de alguna forma ya que existen centros educativos donde desarrollan valores hacia aspectos más tecnológicos; debido al desarrollo alcanzado en nuevas tecnologías, utilizan estos recursos para estimular que las personas desarrollen con ellos algún tipo de actitud y de valor (Sánchez, 2011).

En cuanto al papel que tiene la educación artística se deberían fomentar más los valores estéticos ya que actualmente está indicado de forma indirecta en todas las leyes, la importancia de mostrar respeto y sensibilidad hacia las artes plásticas, así como a

las diferentes disciplinas artísticas. La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) destaca como “uno de los objetivos la utilización de diferentes representaciones y expresiones artísticas así como el inicio en la construcción de propuestas visuales y audiovisuales”. De hecho, Tomé y Berrocal (2013) vinculan los valores estéticos y artísticos con la inclusión.

El tercer objetivo está estrechamente unido al anterior ya que los padres señalan aquellos aspectos educativos, ya sea a nivel docente, formativo o pedagógico, más satisfactorios de esta red de colegios. Entre los factores que valoran del colegio son las virtudes de la convivencia y de las relaciones de amistad. En este campo se destaca la buena relación de la clase con el tutor facilitando un clima de confianza donde el alumno puede reflejar la opinión que quiera. De hecho una buena convivencia escolar propicia mucho más el desarrollo integral del alumno que es uno de los objetivos de la educación personalizada e inclusiva.

Además cabe mencionar que en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de Educación (LOE) BOE 4/5/2006, se define a la escuela como un espacio de convivencia y aprendizaje a favor del desarrollo práctico de la educación intercultural en la escuela. En sus fines y principios la LOE (2006) opta por un modelo de persona y de sociedad que se fundamenta en un conjunto de valores (justicia, tolerancia, libertad, paz, cooperación, solidaridad, no discriminación, etc.) y en los principios democráticos de convivencia: pluralismo, participación y respeto.

De hecho Leiva y Escarbajal, (2011, p. 395) indica que “la escuela ofrece un servicio que garantiza el derecho a la educación de todos los ciudadanos y ciudadanas, y enfatiza su atención a la diversidad cultural; además, posibilita el planteamiento de focalizar una cultura de la diversidad en la escuela que significa ir más allá de la interculturalidad en términos de conocimiento cultural”.

El cuarto objetivo es apreciar aquellos rasgos que los padres aprecian de esta red de colegios. La mayoría están conformes con que estos colegios unifican y aseguran el estilo educativo fundacional cuya finalidad es una educación personalizada donde el alumno y los padres tienen una atención prioritaria. También se destaca el hecho de que al ser una red de colegios se benefician de la potencialidad como grupo. En tercer lugar se destaca la coordinación de algunas actividades y proyectos pedagógicos que se llevan a cabo buscando esta atención personalizada. Sin embargo, en este último punto hubiera sido prioritario mencionar la metodología aplicada ya que es la panacea educativa en algunos colegios. Aunque se debe indicar, como bien informa Altun (2015), que es causa de desasosiego debido a la necesidad de que los estudiantes alcancen el éxito en todas las etapas educativas.

6. CONCLUSIONES

De los objetivos propuestos en el estudio de “Insitució d’Educació” se puede afirmar que es esencial retomar la educación personalizada como sustrato primordial para el correcto funcionamiento de la escuela inclusiva. La educación inclusiva se entiende como la educación personalizada, ya que ambas persiguen acoger a todos/as los/as niños/as en grupos heterogéneos, con una diversidad de necesidades, habilidades y niveles de competencias. Buscan proporcionar el apoyo necesario dentro de un aula para que cada alumno sea atendido de la mejor forma posible. De esta forma se afirma que este primer objetivo se consigue al observar que los valores impartidos en estos colegios ponen de manifiesto que la educación personalizada acoge y está en sintonía con la educación inclusiva.

En relación al segundo objetivo propuesto (valoración que hacen las familias de los centros) al indicar un gran porcentaje el aspecto fundamental de la formación humana asienta que esa educación que persiguen estos colegios es la formación integral por lo que es uno de los rasgos que sustenta la educación que persiguen atendiendo al alumno en todas sus facetas y sobre todo realizando una atención personalizada mediante la buena comunicación y a través de la entrevistas de los tutores con profesores.

El tercer y cuarto objetivo vuelve a enfatizar esas virtudes de convivencia que facilitan que tanto profesores, padres y alumnos tengan un trato personalizado garantizando una convivencia pacífica y de diálogo.

Finalmente cabe destacar que en base a los resultados de este estudio es necesaria una mayor formación teórico-práctica que permita cambiar la realidad existente y favorecer entornos inclusivos en cuanto a la metodología. Siendo elementos a tratar para la mejora de la educación inclusiva y personalizada llegando a la resolución de una mejora en materias que favorezcan valores artísticos y estéticos mediante medidas alternativas a la implicación en todas las materias favoreciendo tanto la tecnología como el intercambio en otros países.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altun, S. (2015). The Effect of Cooperative Learning on Students' Achievement and Views on the Science and Technology Course. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 7(3), 451-468. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1068065>
- Arnaiz, P. (2011). Luchando contra la exclusión: buenas prácticas y éxito escolar. *Revista de Innovación Educativa*, 21, 23-35. Recuperado de <https://www.usc.es/revistas/index.php/ie/article/view/22>.
- Bisquerra, R. (2004). *Congreso Internacional Asociación Aragonesa de Psicopedagogía*:

- “Orientación y tutoría”. Zaragoza. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=325576>.
- Blanco; R. (2008). Marco conceptual sobre educación inclusiva. *En Conferencia Internacional de Educación, La Educación Inclusiva: el camino hacia el futuro* (págs. 5-14). UNESCO. Ginebra. Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/CONFINTED_48_Inf_2__Spanish.pdf.
- Bernardo, J., Javaloyes, J.J., y Calderero, J.F. (2007). *Cómo personalizar la educación*. Madrid: Narcea.
- Buxarrais, M^a. R. (1997): *La formación del profesorado en educación en valores: propuestas y materiales*. Bilbao: Declé de Brouwer.
- Casanova, M. A. (2011). *La Educación inclusiva: un modelo de futuro*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Chatila, H., y Al Hussein, F. (2017). Effect of Cooperative Learning Strategy on Students' Acquisition and Practice of Scientific Skills in Biology. *Journal of Education in Science, Environment and Health*, 3(1), 88-99. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1125794.pdf>.
- Collet, J., y Tort, A. (2008). Espacios de Participación. *Cuadernos de Pedagogía*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/185252>.
- Echeita, G., y Ainscow, M (2011). *La educación inclusiva como derecho: marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente*. Madrid. Tejuelo.
- Echeita, G. (2009). Los dilemas de las diferencias en la educación escolar. En M. A. Verdugo, T. Nieto, B. Jordán de Urrés, y M. Crespo. *Mejorando resultados personales para una vida de calidad*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Esteban, F. (2007). *Lluvia de valores*. Barcelona: Ceac.
- García, A. (2011). La educación personalizada como herramienta imprescindible para atender la Diversidad en el Aula. *Revista Latinoamericana de educación inclusiva*. Recuperado en mayo 2018 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4268389>.
- García-Hoz, V. (1988). *Educación personalizada*. Madrid: Rialp.
- Guerrero, M., y Calvo, Y. (2012). Pasos hacia la inclusión escolar en los centros de Educación Secundaria Obligatoria. *Innovación educativa*, 21, 201-221. Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/6234>.
- Johnson, D.W., Johnson, R.T., y Smith, K.A. (2014). Cooperative Learning: Improving University Instruction By Basing Practice On Validated Theory. *Journal on Excellence in College Teaching*, 25(4), 1-26 Recuperado de <https://eric.ed.gov/?q=Cooperative+Learning%3a+Improving+2014&id=EJ1041374>.
- Korkmaz, S., y Tay, B., (2016). The Effect of Cooperative Learning Method and Systematic Teaching on Students' Achievement and Retention of Knowledge in Social Studies Lesson. *Eurasian Journal of Educational Research*, 66, 315-334. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?q=The+Effect+of+Cooperative+Learning+Method+and+Systematic+Teaching+on+Students%27+Achievement+and+Retention+of+Knowledge+in+Social+Studies+Lesson.+eurasia+Journal+of+Educational+Research%2c+66%2c+315-330+.&id=EJ1149023>.

- Leiva, J., y Escarbajal, A. (2011). La participación de las familias inmigrantes como fundamento pedagógico en la construcción de la interculturalidad en la escuela. *Educación Siglo XXI*, 29(2), 389-416 Recuperado de <http://revistas.um.es/educatio/article/view/133121>.
- Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)*. (2013). 8/2013, de 9 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, BOE, 295 Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf>.
- Ley Orgánica de Educación (LOE)*. (2006). 2/2006, de 3 de mayo. Boletín Oficial del Estado, BOE, de 4 de mayo de 2006 Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207>.
- López, M. (2011). Barreras que impiden la escuela inclusiva y algunas estrategias para construir una escuela sin exclusiones. *Innovación educativa*, 21, 37- 54 Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/6223>.
- López, M., Echeíta, G., y Martín, E. (2010). Dilemas en los procesos de inclusión: explorando instrumentos para una comprensión de las concepciones educativas del profesorado. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 4(2), 155-176.
- Maraculla, I., y Saiz, M. (2009). *Bones pràctiques d'escola inclusiva. La inclusió d'alumnat amb discapacitat: un repte, una necessitat*. Barcelona: Graó.
- Marchesi, A. (2001). Dilemas y condiciones de las escuelas inclusivas. En: SIPÁN COMPANÉ.
- A. (Coord.). (2001). *Educar para la diversidad en el siglo XXI*. Zaragoza: Mira Editores
- Martínez-Otero, V. (2000). *Formación integral de adolescentes. Educación personalizada y programa de desarrollo personal*. Madrid: Fundamentos.
- Méndez, P., y Cataldi, Z. (2012): Inclusividad en los campus virtuales: condiciones de accesibilidad y usabilidad. *Revista Quaderns Digitals*, 73(4) Recuperado de www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_833/a_11233/11233.pdf.
- Pastor, (2018). *Inclusividad y valores en educación. Tesis Doctoral*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Peñaherrera, M.S.; Sánchez-Teruel, D., y Cobos, E.F. (2010). Inclusión y currículo intercultural. En M. MARTÍN-PUIG (2010) (coord). *Situación actual y perspectivas de futuro del aprendizaje permanente* (pp. 261-271). Castellón: Servicio de publicaciones de la Universitat Jaume I.
- Pujolàs, P. (2006). *Cap a una educació inclusiva: crònica d'unes experiències*. Vic: Eumo.
- Sánchez, J. (2011). Evaluar la equidad de los sistemas educativos: consideraciones teórico-metodológicas para el desarrollo de un Modelo Dimensional de Evaluación. *Revista Docencia e Investigación*, 21, 203-225 Recuperado de www.academia.edu/Revista_Docencia_e_Investigaci3n._No_21._2011_ISSN_1133.
- Sánchez-Teruel, D., y Robles, M.A. (2010). *La formación y orientación profesional para el empleo en colectivos de riesgo de exclusión: Un modelo de trabajo innovador. I Congreso Internacional virtual de formación del profesorado*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Tomé, M., y Berrocal, E. (2013). La influencia del género en la utilización de valores demo-

cráticos que garantizan la inclusión educativa intercultural. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 3(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4518682>.

Wolfensberger, B., y Canella, C. (2015). Cooperative Learning about Nature of Science with a Case from the History of Science. *International Journal of Environmental and Science Education*, 10(6), 865-889 Recuperado de [https://eric.ed.gov/?q=Cooperative+Learning+about+Nature+of+Science+with+a+Case+from+the+History+of+Science.+International+Journal+of+Environmental+and+Science+Education%2c+10\(6\)%2c+865-889.+&id=EJ1082074](https://eric.ed.gov/?q=Cooperative+Learning+about+Nature+of+Science+with+a+Case+from+the+History+of+Science.+International+Journal+of+Environmental+and+Science+Education%2c+10(6)%2c+865-889.+&id=EJ1082074).

TEORÍAS DE LA REPRODUCCIÓN Y DE LA RESISTENCIA EN LOS SISTEMAS ESCOLARES. REFLEXIONES EN TORNO AL GÉNERO, CLASE, ETNIA Y ORIENTACIÓN SEXUAL

REPRODUCTION AND RESISTANCE THEORIES IN SCHOOL SYSTEMS. REFLECTIONS ON GENDER, CLASS, ETHNICITY AND SEXUAL ORIENTATION

Miriam Calvo Ruiz y Araceli Jiménez Pelcastre
 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (México)

Resumen: El texto se integra mediante una revisión bibliográfica sobre las teorías de la reproducción y resistencia en los sistemas educativos, destacan particularidades como la clase, el género, la etnia y la orientación sexual que, más allá de las diferencias, denotan procesos discriminatorios y ponen en duda la igualdad de oportunidades. Los resultados del estudio señalan que durante los procesos educativos tanto el profesorado como el alumnado reproducen actitudes y prácticas que generan desigualdades. Sin embargo, también se desarrollan acciones de resistencia hacia el poder hegemónico.

Palabras Clave: Educación, Género, Reproducción, Resistencia, Sexismo.

Abstract: The text is integrated through a literature review on theories about the reproduction and resistance in the educational systems, highlighting issues such as class, gender, ethnicity and sexual orientation that, beyond differences, trigger discriminatory processes and put in doubt the equality of opportunities. As a result, the study indicates that during the educational process, both the teachers and the students reproduce attitudes and practices that generate inequalities. However, resistance actions towards the hegemonic power are developed.

Keywords: Education, Gender, Reproduction, Resistance, Sexism.

| Recibido: 24/11/2018 | Revisado: 19/12/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: Miriam Calvo Ruiz. Maestra en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Docente en la Escuela Superior de Actopan perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El Daxtha, 42500 Actopan, Hgo. (México). Teléfono: 771 717 2000. Email: cr_myri@hotmail.com. Araceli Jiménez Pelcastre. Doctora por la Universidad de Jaén (España). Docente en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (México). Email: aracelijip@hotmail.com. araceli@uaeh.edu.mx.

Referencia normalizada: Calvo, M., y Jiménez-Pelcastre, A. (2019). Teorías de la reproducción y de la resistencia en los sistemas escolares. Reflexiones en torno al género, clase, etnia y orientación sexual. *Trabajo Social Hoy*, 86, 25-36. doi: 10.12960/TSH.2019.0002

1. INTRODUCCIÓN

Perry Anderson (1987) citado por Giacaglia (2002) establece que el sistema hegemónico de poder utiliza ciertos mecanismos de control para asegurarse el consenso con las masas populares a las cuales domina y sobre la que ejerce la coerción necesaria para reprimirlas. A través de los mecanismos de control se asegura el consenso con las instituciones culturales (escuelas, iglesia, partidos, asociaciones, etc.), las cuales manipulan a las masas explotadas, a través de un conjunto de ideologías transmitidas por los intelectuales, generando una subordinación pasiva.

Para Giacaglia (2002), parafraseando a Gramsci, la hegemonía como dirección política, intelectual y moral reúne dos aspectos: a) la capacidad que tiene una clase dominante de articular con sus intereses los de otros grupos, convirtiéndose así en el elemento rector de una voluntad colectiva, y b) el aspecto de dirección intelectual y moral, que indica las condiciones ideológicas que deben ser cumplidas para que sea posible la constitución de dicha voluntad colectiva.

Los sistemas educativos, a la vez que ejercen un poder transformador dentro de las sociedades, también son uno de los aparatos represivos del Estado que transmiten la ideología de la hegemonía. En este último caso, el objetivo consiste en asegurar la armonía social, marcando un sólo camino intelectual y moral. Consecuentemente, las organizaciones educativas están destinadas a asegurar su propia conservación, para ello actúan esencialmente poniendo en juego ciertos elementos: reglas explícitas o implícitas (Foucault, 1988) que codifican la vida interna del alumnado y permiten clasificarlos en categorías. Así, el sistema educativo los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros deben reconocer en ellos (Foucault, 1976).

El poder pone en juego relaciones entre individuos, se trata de un modo de acción de algunos sobre otros. Esta relación de poder es un efecto de un consentimiento permanente o anterior entre sujetos libres, pero no es por naturaleza la manifestación de un consenso. No actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones, los fuerza, somete, quiebra, destruye. El poder opera sobre el campo de la posibilidad, incita, induce, seduce, facilita o dificulta (Foucault, 1988).

Estas relaciones ponen en riesgo darle a uno o a otro un privilegio exagerado vinculado con el poder (Foucault, 1988): los hombres sobre las mujeres, el profesorado sobre el alumnado, la clase media sobre la clase baja, la heterosexualidad sobre otras orientaciones sexuales disidentes.

Sin embargo, Foucault (1976) definió que “donde hay poder hay resistencia” y en este caso, las teorías de resistencia han tratado de demostrar que los mecanismos de

reproducción social y cultural nunca son completos y siempre se encuentran con elementos de oposición parcialmente realizados.

Las instituciones educativas no sólo proveen espacios para conductas y enseñanzas de reproducción, sino también representan una fuente de contradicciones que a veces las hacen disfuncionales de la ideología e intereses dominantes. También son sitios políticos, culturales e ideológicos que existen de alguna manera independientemente del poder hegemónico (Giroux, 1985).

2. TEORÍAS DE LA REPRODUCCIÓN

Las teorías marxistas aplicadas a la educación sugieren que los sistemas escolares son una agencia central en la política y en los procesos de dominio que establecen la desigualdad y los modos de discriminación clase-raza-género-orientación sexual, utilizando la reproducción de una ideología dominante, sus formas de conocimiento y la distribución de habilidades necesarias para la reproducción de la división social de la sociedad (Giroux, 1985).

Las teorías de reproducción sugieren que las escuelas están conectadas en función de la matriz social y cultural de la racionalidad capitalista y que se reproducen en tres sentidos: Primero, proporcionan una serie de habilidades y conocimientos necesarios para ocupar su lugar en la fuerza de trabajo, estratificado en clases, razas y géneros. Segundo, las escuelas distribuyen y legitiman formas de conocimiento, valores, lenguaje y estilos de una cultura dominante y sus intereses. Y por último, forman parte del aparato estatal que produce y legitima los imperativos económicos e ideológicos del Estado (Giroux, 1985).

Las teorías de la reproducción permiten revisar de manera crítica los valores de la educación y los sistemas escolares, así como la forma en que se graban las desigualdades y diferencias entre el alumnado, las cuales derivan del grado de énfasis puesto en factores materiales, simbólicos, estructurales y subjetivos (Levices, 2009).

La escuela se encarga de legitimar las diferencias entre los sujetos como diferencias meramente escolares y no como lo que efectivamente son: diferencias sociales. Así, el sistema de enseñanza representa uno de los vehículos fundamentales de la reproducción cultural como forma de reproducción social, o en otras palabras, contribuye a la continuidad de la dominación de una clase o grupo sobre otro (Hirsch y Rio, 2015).

En lo que respecta a la reproducción del patriarcado en la sociedad, se realiza a través de cuatro instancias principales: la familia, la iglesia, los medios de comunicación y la escuela, que objetivamente orquestadas, actúan sobre las estructuras inconscientes.

En la familia se impone como primer agente socializador la división del trabajo sexual y la representación legítima de esa división asegurada e inscrita en el lenguaje (Bourdieu, 2000).

La iglesia inculca una moral profamiliar en la que dominan los valores patriarcales y prima el dogma de la inferioridad de las mujeres. Actúa además de manera más indirecta, sobre el inconsciente (Bourdieu, 2000).

La escuela transmite los presupuestos de la representación patriarcal entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño, por medio de sus propias estructuras jerárquicas divididas en función del género, y en la totalidad de su doxa a través de sus variantes literarias, filosóficas, médicas o jurídicas, no ha cesado de transmitir, hasta una época reciente, los modos de pensamiento y modelos arcaicos. Sin olvidar la importancia que tiene el Estado al gestionar y regular la existencia cotidiana de la unidad doméstica y los medios de comunicación que siempre están en manos de grupos dominantes los cuales reflejan a las mujeres distanciadas de la cultura y el saber escrito (Bourdieu, 2000).

En sus investigaciones Gustems (1999) alude a que las desigualdades de género se reproducen en términos macroeducativos, mesoeducativos y microeducativos. En el nivel macroeducativo todavía se manifiesta un acceso y matrícula diferenciados especialmente en los grados superiores. Hay que reconocer que el acceso de las mujeres a la educación y la cobertura han sufrido grandes cambios y transformaciones positivas en todas las sociedades. Pero en algunos contextos siguen existiendo diferencias en cuanto a los resultados y actitudes académicas, en función del género del alumnado, que contribuyen a legitimar el patriarcado en la educación, asumiendo la superioridad de los varones y la inferioridad y subordinación de las mujeres (Palacios, 2009).

A nivel meso y micro en la planificación, gestión y control de los sistemas educativos se encuentra discriminación sexista en las rutinas educativas y sociales. Los contenidos escolares, las enseñanzas, las evaluaciones, las formas de socialización e interacción, las expectativas y las actitudes, son diferenciados según el género (Jackson, 1998). Se privilegian a los hombres frente a las mujeres al fomentar el desarrollo de determinadas aptitudes sociales, destrezas, conocimientos, valores y habilidades acordes con roles estereotipados, rígidos y jerarquizados que representan y constituyen a la subordinación femenina y determinan una menor posibilidad de desarrollo para las mujeres (Gustems, 1999) “container-title”: “Eufonía: Didáctica de la música”, “page”: “21-28”, “issue”: “17”, “source”: “dialnet.unirioja.es”, “abstract”: El artículo pretende señalar algunos aspectos sobre el llamado currículum oculto en la formación de maestros de música. Para ello, analiza el contenido del anterior y actual plan de estudios de la especialidad, así como distintos aspectos del estilo docente universitario (repertorio, instrumentos y materiales, música de conjunto, procedimientos, programación, discurso, evaluación y trabajo en equipo).

Para Latapí (1998) –cuyo estudio fue realizado en México, pero cuyo análisis se puede extrapolar a otras regiones donde hubo procesos de colonización, o existen minorías étnicas como producto de las migraciones–, la población blanca ha sido durante muchos años la dominante y ha impuesto normas de conducta y valores que infravaloran a las etnias mestizas e indígenas. Desde el seno de las familias y posteriormente reforzado por la escuela, el alumnado aprende a tratar de forma diferenciada a las personas mestizas e indígenas, puesto que se familiarizan con las barreras invisibles, los matices del lenguaje, los circuitos culturales discriminatorios que asimilan estereotipos negativos, con base en los prejuicios sobre lo que es ser mestizo e indígena. Los mestizos reproducen procesos semejantes, más complejos, porque aspiran a ser blancos y los indígenas internalizan una imagen devaluada sobre sí mismos, impuesta por el grupo dominante.

Para muchos estudiantes que pertenecen a minorías étnicas, el éxito en la escuela significa un tipo de suicidio cultural forzado, y en el caso de la juventud minoritaria, un suicidio racial. Si quieren ser exitosos en la escuela, serán forzados a perder el derecho a su propio capital cultural, conocimientos informales y dignidad. En consecuencia, están destinados a competir con una decidida desventaja, al igual que ocurre con el alumnado de clase baja. Es un fenómeno de violencia simbólica, donde el poder arbitrario se instaura en la relación de la comunicación pedagógica, imponiendo intereses, objetivos, materiales, símbolos y aspectos pedagógicos de las clases dominantes (Bourdieu y Passeron, 1970).

El alumnado rara vez renuncia o reniega de estos procesos, puesto que los saberes que deben conquistar son altamente valorados por la sociedad global y porque esta conquista simboliza el acceso a una élite (Bourdieu y Passeron, 2003). Para complementar la eficacia de dichos mecanismos Bourdieu introduce el concepto de *Habitus* y lo define como un sistema de disposiciones para actuar, percibir, sentir y pensar de cierta manera, interiorizado e incorporado por los individuos de modo implícito, prerreflexivo y preteórico. Se manifiesta en el sentido práctico, por la aptitud para moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social (Giménez, 2002).

Según Trenchard (1980) otro de los aspectos que perpetúan la desigualdad dentro de las instituciones son el heterosexismo y la homofobia, porque regulan las formas de relación entre las personas del mismo género, y refuerzan la formación de estereotipos de roles sexuales, definiendo y contrastando los patrones de conducta mismo sexo/sexo opuesto. El heterosexismo contribuye a inhibir las relaciones íntimas entre los propios hombres y mujeres entre sí.

Las personas homosexuales se ven obligadas a una doble vida, el uso de máscaras se convierte en estratagema para poder sobrevivir en los distintos espacios sociales,

como las instituciones educativas donde se descalifica, reprime o humilla a quienes muestran una orientación sexual distinta a la social y moralmente aceptada; la heterosexualidad (Sánchez, 2009).

El sujeto no elige la actuación del género libremente, sino que tal representación de la heterosexualidad es obligatoria, bajo amenaza de sufrir castigo y violencia por cruzar las fronteras del género; aunque la transgresión también provoca encanto y placer. La afirmación “soy lesbiana” no es en cierta forma un acto, sino una manera de hablar ritual que conlleva el poder de ser lo que se dice, no una mera representación de la sexualidad, sino una acción y, por tanto, una ofensa, cuyo peligro radica en la posibilidad del contagio (Fonseca y Quintero, 2009, p. 49).

Los centros educativos pueden educar en contra de la ignorancia y el prejuicio y deberían estar abordando el tema del heterosexismo en la sociedad, no sólo para fomentar una sociedad libre y no opresiva, sino porque hay jóvenes Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Transgéneros, Travestis e Intersexuales (LGBTTTI) en todas las instituciones educativas cuyas necesidades no se están satisfaciendo, cuya existencia es negada y cuya vida ni se reconoce ni se refleja en el aula ni en el currículo (Trenchard, 1980).

3. TEORÍAS DE LA RESISTENCIA

En los procesos educativos, también interaccionan acciones y prácticas de resistencia. Para explicar estos procesos, es pertinente utilizar las teorías de la resistencia que surgen en la década de los ochenta, del siglo XX, en un contexto que se ha caracterizado como la derrota de las luchas obreras y avance del capitalismo. Las teorías de la resistencia ponen en evidencia la centralidad del sujeto como protagonista de la acción educativa. Desde sus orígenes, se proponen estudiar a la escuela y las relaciones sociales que los sujetos establecen dentro, con el fin de elaborar una teoría crítica sobre el sistema escolar que pusiera de relieve las potencialidades transformadoras de los sujetos que allí participan (Hirsch y Rio, 2015).

Paulo Freire, no es un teórico de las teorías de la resistencia, pero en sus obras reformula una educación transformadora del mundo por la acción del pueblo mismo, y anuncia las posibilidades de una nueva y auténtica sociedad que convulsione el orden anacrónico en que todavía nos movemos. Las palabras como libertad, justicia o igualdad –vehículo de ideologías alienantes, o enmascaramiento de una cultura decadentes–, se convierten en generadoras, en instrumentos de una transformación auténtica global de la persona y de la sociedad práctica (Freire, 1978).

La naturaleza dialéctica de la teoría crítica habilita a las y los investigadoras/es de la educación para ver a la escuela no simplemente como un lugar de adoctrinamiento

o socialización o como un sitio de instrucción, sino también como un espacio cultural que promueve la afirmación del estudiantado y su propia autotransformación (McLaren, 1994).

Los centros educativos estructuran el campo ideológico en el que participa el alumnado, estableciendo y certificando los límites ubicados para las definiciones de competencia de la realidad. La reproducción social ocurre tanto con la voluntad obediente como con el rechazo activo de sus propias víctimas. El alumnado no sólo actúa como víctima pasiva; también impugna activamente la hegemonía de la cultura dominante por medio de la resistencia (McLaren, 1994).

Las mujeres en desventaja, no sólo constituyen un grupo económicamente subordinado; son también oprimidas por el propio hecho de ser mujeres. Adriana Marrero (2008) reflexiona sobre las teorías de la reproducción y el género; si la escuela trata mal al género femenino; discrimina a las mujeres, las oprime, las ridiculiza, las violenta, las ignora, es paradójico que permanezcan en la escuela, que progresen en ella más y mejor que sus compañeros hombres, que superen a sus compañeros en el momento de egresar de carreras universitarias y muchas de ellas regresen a la escuela como maestras.

Para McLaren (1994) en su resistencia y en su frecuentemente descarada, e incluso innovadora, burla de las máximas convencionales, que priman en los salones de clase, los/las jóvenes de estratos sociales más bajos consideran que el trabajo académico consiste en tareas con características débiles y pasivas para controlar su tiempo libre. El trabajo manual se visualiza con características más masculinas, independientes y activas; pero al rechazar el trabajo intelectual se cierran las opciones de carreras alternativas. La resistencia, entonces, es un proceso en el cual el alumnado de la clase trabajadora consolida su posición en el escalón más bajo del sistema de clases, ayudando a confirmar el punto de vista establecido por los teóricos críticos de que el sistema educacional está subordinado al sistema económico.

El desarrollo de una subclase en la sociedad no sólo puede vincularse con la estratificación económica, sino también con la estratificación racial. Los grupos étnicos minoritarios forman una subclase. Es complejo comprender la conducta y el rendimiento en el salón de clase de los/as estudiantes sin recursos y minoritarios sin entender su historia como grupos oprimidos, sus marcos culturales de referencia y sus prácticas sociales diarias. Las minorías étnicas creen que para que una persona tenga éxito académico en la escuela debe aprender a pensar y actuar como el grupo dominante. El alumnado que pertenece a minorías étnicas debe eliminar las actitudes, formas de pensamiento y conducta de su grupo y, por supuesto, debe renunciar o perder su propia identidad minoritaria, esto es, esforzarse por conseguir éxito académico (McLaren, 1994).

Otro formato de resistencia se verifica entre el alumnado que pertenece a minorías étnicas, que tienen un estatus socioeconómico subordinado y por lo tanto provienen de una estratificación racial como de clase. Los problemas de las “deserciones” escolares medran no sólo entre los/as estudiantes de secundaria sino en los/as universitarios/as que no tienen éxito en posiciones tradicionalmente blancas de la economía corporativa (McLaren, 1994).

En consecuencia, el alumnado que cursa estudios en educación superior y que por su origen social no cuenta con los recursos que concuerdan con la cultura escolar, tiene más dificultades durante todo el proceso. Tanto en el acceso a la educación superior, como en los logros académicos, se les demanda un esfuerzo extraordinario para vencer sus desventajas culturales y equipararse con el resto del grupo (Mingo, 2006).

Este tipo de resistencias son luchas transversales, que tienen como objetivo combatir y responder a ciertos tipos concretos de poder, ligados a la producción del saber (Rodríguez, 2004), se oponen a las deformaciones y presentaciones mistificadoras impuestas por las personas (Foucault, 1988).

Por un lado, se debate la cuestión del estatuto de la persona y afirma el derecho a la diferencia. Y por otro lado, se niega el aislamiento de la vida comunitaria. No consiste en huir de normas sociales, sino en plantear la posibilidad de subvertirlas hacia situaciones de no sometimiento, a través del cuestionamiento de la subjetividad constituida (Amigot, 2006). Detrás de estas luchas hay una pregunta esencial ¿Quiénes somos? (Rodríguez, 2004).

Tomar como punto de partida las resistencias, permite poner en evidencia estas relaciones de poder, analizar dónde se inscriben, descubrir sus puntos de aplicación y métodos que utilizan (Foucault, 1982).

La subordinación y desigualdad que sufre el alumnado puede estar atravesada por cuestiones de género, clase social, etnia, orientación sexual y otros elementos que les coloquen en posición de inferioridad, respecto de la cultura dominante. Por tal razón, el uso de las categorías de análisis antes expuestas permite una inmersión en los procesos de reproducción y resistencia, especialmente en las prácticas escolares. A través del enfoque crítico hay una aproximación para identificar cómo se constituyen ideologías como el sexismo y el tipo las prácticas a que dan lugar, entre las que sobresalen la discriminación, la exclusión y la subordinación de un conjunto de estudiantes, así como las correspondientes formas de dominación que las producen y los sujetos que las generan en los ambientes escolares, sean docentes o estudiantes.

4. CONCLUSIÓN

El poder hegemónico domina y reprime a las masas populares a través de un conjunto de ideologías transmitidas a través de aparatos represivos como los sistemas educativos. Estas organizaciones utilizan reglas explícitas e implícitas, someten al alumnado convirtiéndolos a su vez en cuerpos dóciles que transitan en relaciones desiguales de poder en función del género, la etnia, la clase social o la orientación sexual.

Las teorías de la reproducción desvelan que los sistemas escolares perpetúan las diferencias sociales enmascarándolas tras diferencias escolares al valorar de forma diferente aspectos materiales, simbólicos y estructurales (Levices, 2009).

Los sistemas educativos transmiten la sumisión de las mujeres desde la ocupación de los espacios, las estructuras jerárquicas o la doxa que se enseña en el campo de la literatura, filosofía, medicina... (Bourdieu, 2000) de esta forma, se asientan los conocimientos, habilidades y competencias basadas en los roles y estereotipos de género.

No sólo el patriarcado influye en la educación, otros problemas como el racismo también se reproducen y más en sociedades coloniales donde históricamente la población blanca ha dominado a otros grupos étnicos. De esta forma se generan y se perpetúan cadenas de reproducción de la violencia. El mismo mecanismo de dominación es repetido en función de la clase social, el alumnado de extracto social más bajo tendrá que rechazar parte de su capital cultural para competir con el resto de sus iguales.

Por último, el heterosexismo regula las formas de relacionarse y define los patrones de conducta para cada género, creando en el alumnado con orientación divergente a la heterosexualidad, la adopción de determinadas actitudes y comportamientos con el fin de evitar descalificaciones o humillaciones (Trenchard, 1980).

No obstante, el alumnado no sólo es un agente pasivo de la educación, sino que dentro sus relaciones sociales con el resto de sus compañeros y agentes educativos puede modificar las interacciones escolares y convertirse en sujeto de cambio y transformación (Freire, 2005). Los diversos grupos sociales que forman parte de la otredad en los sistemas educativos, crean sus propias estrategias para hacer frente al poder hegemónico. El alumnado de extractos sociales más bajos se decanta por estudios que desarrollan más la inteligencia manual que la intelectualidad pese a que la redistribución económica futura sea menor (McLaren, 1994).

Por otra parte, respecto al género, la educación está creada para transmitir conocimientos al y sobre el hombre como figura universal, obviando a las mujeres, no obstante, ellas obtienen mejores resultados académicos y regresan al sistema otra vez

como profesoras (Marrero, 2008). Sin embargo, esta situación difiere del alumnado que pertenece a minorías étnicas, que, en ocasiones, se ven obligados a desertar de determinados niveles educativos ya que se encuentran en la encrucijada de perder su propia identidad.

Este tipo de acciones de resistencia son una forma de dar respuesta al poder hegemónico y la producción del saber, recuperan la búsqueda de otras identidades y subjetividades alternas y develan las relaciones de poder existentes en los procesos educativos.

Para finalizar, las teorías de la reproducción y las teorías de la resistencia son de utilidad para analizar a las instituciones y los procesos educativos. En consecuencia, es pertinente aprovechar su potencialidad para emprender análisis en los meso y microespacios a fin de evitar la discriminación y promover entre el alumnado estrategias que fomenten su capacidad de agencia como personas, y construir de esta forma una sociedad basada en los principios de equidad, libertad y justicia.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Amigot, P. (2006). *Relaciones de poder, espacio subjetivo y prácticas de libertad: análisis genealógico de un proceso de transformación de género* (<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=5522>
- Bourdieu, P., y Passeron, J.C. (1970). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- Bourdieu, P., y Passeron, J.C. (2003). *Los herederos: los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Fonseca, C., y Quintero, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica (México)*, 24(69), 43-60.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1982). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20. <https://doi.org/10.2307/3540551>
- Freire, P. (1978). *La educación como práctica de la libertad*. Montevideo: Siglo XXI.
- Freire, P. (2005). *La pedagogía del oprimido*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Giacaglia, M. (2002). Hegemonía. Concepto clave para pensar la política. *Tópicos*, 10, 151-159.
- Giménez, G. (2002). Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. *Colección Pedagógica Universitaria*, (37-38).

- Giroux, H. A. (1985). Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. *Cuadernos políticos*, 44, 35-65. <https://doi.org/10.17227/01203916.5140>
- Gustems, J. (1999). ¿Especialistas o generalistas? Currículum oculto en la formación universitaria. *Eufonía: Didáctica de la música*, 17, 21-28.
- Hirsch, D., y Rio, V. (2015). Teorías de la reproducción y teorías de la resistencia: una revisión del debate pedagógico desde la perspectiva materialista. *Foro de Educación*, 18, 69-91. <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2015.013.018.004>
- Jackson, P.J. (1998). *Jackson, P.W. La vida en las aulas*. Madrid: Ediciones Morata.
- Latapí, P. (1998). El racismo, problema educativo nacional. En P. Latapí, *Tiempo educativo mexicano* (págs. 171-175). Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Levices, J.J. (2009). Reproducción y resistencia. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/reproduccion_resistencia.htm.
- Marrero, A. (2008). La escuela transformadora. Evidencias sobre las relaciones entre educación y género: una propuesta teórica de interpretación. *Papers: revista de sociología*, 90, 191-211. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v90n0.742>
- McLaren, P. (1994). *La vida en las escuelas: Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación*. México: Siglo XXI.
- Mingo, A. (2006). *¿Quién mordió la manzana? Sexo, origen social y desempeño en la Universidad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Palacios, L. (2009). Epistemología y Pedagogía de Género: El Referente Masculino como modo de Construcción y Transmisión del Conocimiento Científico. *Horizontes Educativos*, 14(1), 65-75.
- Rodríguez, R.M. (2004). *Foucault y la genealogía de los sexos*. Barcelona: Anthropos.
- Sánchez, A.R. (2009). Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual. *Sociológica*, 24(69), 101-122.
- Trenchard, L. (1980). Las jóvenes lesbianas en la escuela. En D. Spender y E. Sarah, *Aprender a perder. Sexismo y educación* (págs. 237-247). Barcelona: Paidós Educador.

LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL, ESTUDIOS REFERENTES A LOS VÍNCULOS DE LOS ADOLESCENTES, BÚSQUDA DE IDENTIDAD Y PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO CON LOS PARES

INTERNATIONAL ADOPTION: STUDIES ON ADOLESCENT'S BONDS, SEARCH FOR IDENTITY AND SOCIAL SUPPORT RECEIVED FROM THE PEERS

María José Martín Rodríguez

Trabajadora Social Autónoma, Miembro del LIPAI (Listado Intervención Profesional en Adopción Internacional)

Resumen: La adopción internacional es un fenómeno social que se ha dado en las últimas dos décadas en España, siendo adoptados más de sesenta mil niños de diferentes países. Muchos de ellos están o han estado en estos últimos años transitando el periodo evolutivo de la adolescencia. Se considera de importancia estudiar la adaptación de los adolescentes adoptados internacionalmente en nuestras familias, por las diferencias interculturales e interraciales que tienen con su entorno y las dificultades que tienen que abordar por su identidad de adoptado en la adolescencia, cobrando importancia las relaciones y apoyos sociales que tienen positivos en su entorno. Este artículo expone las investigaciones más relevantes y las variables que se han estudiado, con el objeto de tener una aproximación a las dificultades de los adolescentes y reflexionar sobre los apoyos sociales más positivos que reciben de sus iguales. Esta exposición está desarrollada en el marco de una tesis doctoral en curso en la Universidad de Deusto con el título "Los apoyos sociales entre iguales, de los adolescentes adoptados internacionalmente", desde la perspectiva del adolescente/joven.

Palabras Clave: Adolescente, Adopción Internacional, Apoyo social, Vínculo, Pares.

Abstract: The international adoption is a social phenomenon which has had a significant importance during the last two decades in Spain, where more than 60 000 children have been adopted from different countries. Many of them are or have been passing through the evolutionary stage of adolescence. The adaptation of internationally adopted adolescents in our families is considered to be of great importance, because of the intercultural and interracial differences they have with their environment, and the difficulties they have to deal with, which can lead them to any kind of identity problems as adopted in adolescence. Consequently, social relationships and support in their environment have a positive impact on them. This article outlines the most relevant research and the variables that have been studied, in order to have an approach to the difficulties of adolescents and reflect about the most positive social supports they receive from their peers. This exposition is carried out within the framework of a doctoral thesis underway at the University of Deusto with the title "Social support among equals of internationally adopted adolescents", from the perspective of the adolescent / young person.

Keywords: Adolescent, International Adoption, Social support, Link, Peers.

| Recibido: 22/05/2018 | Revisado: 30/07/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: María José Martín Rodríguez. Trabajadora social autónoma. Miembro del LIPAI.
Email: medeas@interbook.net.

Referencia normalizada: Martín-Rodríguez, M.J. (2018). La adopción internacional, estudios referentes a los vínculos de los adolescentes, búsqueda de identidad y percepción del apoyo social percibido con los pares. *Trabajo Social Hoy*, 86, 37-52. doi: 10.12960/TSH.2019.0003

1. INTRODUCCIÓN

En las teorías del desarrollo todos los especialistas hacen mención a la crisis de la adolescencia, momento del desarrollo evolutivo en el que se enfrenta a numerosos cambios, no solo de índole físico, sino psíquico y en sus relaciones en el ámbito social. Erikson (1968) afirma que en la búsqueda de su identidad necesita, *“un sentirse vivo y activo, ser uno mismo, la tensión activa y confiada y vigorizante de sostener lo que me es propio; es una afirmación que manifiesta una unidad de identidad personal y cultural”*, esta afirmación nos traslada la importancia de los aspectos culturales en la identidad del individuo, como resultado de lo biológico, lo psicológico y lo social. La identidad se forma entre el individuo y la sociedad y cómo este la enfrenta con las dificultades que va teniendo; este autor se distancia de las teorías freudianas del inconsciente poniendo el valor en el yo, que se forma en interrelación con los otros.

Es por ello, que las relaciones afectivas entre iguales o de pareja en los adolescentes y jóvenes son importantes en el desarrollo psicosocial, con directas implicaciones para la salud, bienestar y ajuste psicológico (Booth y Crouter 2006; Collins, 2003; Furman y Shaffer, 2003) (y son una fuente de apoyo social emocional e instrumental al estar presente en los momentos de ocio (Furman, Low y Ho, 2009) y de gran importancia en la construcción de la identidad (Collins, Welsh, y Furman, 2009; Furman y Shaffer, 2003).

Para el análisis de las relaciones humanas, se ha de destacar la teoría del apego. En la primera infancia el niño forma su psique en relación con la madre o su cuidador principal. Bowlby (1986) desarrolla la teoría del apego, analizando las relaciones de la primera infancia, estableciendo las bases del comportamiento infantil. Esta teoría analiza la calidad de la relación madre/hijo en los primeros años de vida y su influencia en la manera de relacionarse en etapas posteriores. Ainsworth (1962) confirma esta teoría empíricamente, con el experimento que se conoce como «la situación extraña», definiendo tres tipos de apego: el seguro, el evitativo y el resistente ante la ausencia de la figura de apego. Con esta misma teoría (Main y Salomon 1986) habla de un cuarto estilo: el desorganizado, que correlaciona con situaciones de maltrato y abandono (Fonagy, 2001; Oliva, 2004).

Aunque esta teoría del apego informa de los primeros momentos de la vida del niño y el mundo de la relación con los padres, como determinantes en la manera de relacionarse posteriormente; otros autores afirman que la resiliencia o la capacidad de superar las situaciones adversas, el buen trato, el apoyo social recibido y nuevas relaciones, moldean y modifican el apego, reparando y construyendo vínculos más seguros (Barudy, 2009; Brodzinsky, 2011, Cyrulnik, 2007).

Las investigaciones sobre apego en la primera infancia son numerosas, pero en el estudio del apego en adolescentes su número se reduce significativamente. De las más representativas tenemos las investigaciones que relacionan el estilo de apego

con la autoestima (Holmes, 2011) y la adaptación social (Pinheiro y Mena, 2014); otros trabajos centran sus hallazgos en relación con las psicopatologías (Allen et al., 2007; Bowlby, 1986).

En la misma línea (Hazan y Shaver, 1987) estudian el apego en la relaciones de pareja adultas y otros autores posteriormente, las características de estas relaciones de apego y sus efectos en las relaciones de pareja tanto de adolescentes como de jóvenes y adultos (Brumbaugh, Fraley, Heffernan y Vicary, 2012; Mikulincer et al., 2002; Feeney, 1999; Fraley, 2002; Holland et al., 2012; Mikulincer y Shaver, 2003; Mikulincer y Shaver, 2007), habiendo una correspondencia positiva sobre el apego infantil y la manera de relacionarse en etapas posteriores.

2. ADOPCIÓN Y APEGO

Los niños adoptados han vivido una realidad distinta, han vivido un periodo más o menos largo en una institución, y han tenido distintos cuidadores y no han tenido una figura de apego estable. Esta adversidad marca la relación con sus padres adoptivos, que con diferentes herramientas y capacidades se enfrentan al reto de conseguir reparar su dolor y crear un vínculo seguro. Es por ello que las investigaciones buscan conocer las diferencias de vinculación/apego, por ser una pieza clave en su desarrollo.

En el ámbito de las investigaciones de apego sobre niños adoptados se ha de destacar las relacionadas con las dificultades que presentan a su llegada y la recuperación tras la adversidad. La mayoría de las investigaciones concluyen que, como norma general, la mayor exposición a la adversidad (niños que han estado más tiempo institucionalizados o han vivido situaciones traumáticas) tiene efectos más negativos en el desarrollo y más dificultades para recuperarse, (Beckett, Castle, Colvert, Kreppner, Mehta, Rutter, Sonuga-Barke y Stevens 2007; Fox, Guthrie, Marshall, Nelson, Smyke y Zeanah, 2007).

Sin embargo, en el ámbito de los adolescentes adoptados son muy pocas las investigaciones que tenemos y sobre todo de las adopciones transnacionales. Es a partir del año 2000 cuando se inicia más investigación desde distintas disciplinas, con el objetivo de conocer los procesos de los adolescentes adoptados y los factores que entran en juego, de una manera explicativa y no descriptiva. Son áreas de estudio, lo biológico analizando la importancia de lo genético, en el ámbito de las neurociencias y se ha de destacar el estudio de las relaciones/vínculos y sus dificultades en la construcción de su identidad.

Una de sus dificultades consiste en las falsas creencias (González-Cuenca, Esteban y Molina, 2005). Con una muestra de 54 adolescentes adoptados con edades entre 11 a 18 años. Informan que tienen un peor rendimiento en la comprensión, entienden de manera literal, por lo que entienden mal los conceptos.

Elovainio, Lapinleimu, Mäkipää, Matomäki, Raaska y Sinkkonen (2012), estudian la prevalencia en Finlandia de la asociación positiva entre victimización/intimidación y trastorno de apego reactivo, problemas de aprendizaje y dificultades en el lenguaje, de los adolescentes adoptados, concluyendo en la necesidad de intervenir para mejorar el apego tempranamente, en los niños que sufren trastorno de apego reactivo.

Abrines y colaboradores (2014), con una muestra de 168 niños adoptados internacionalmente, concluyen que el estilo de apego inseguro, fue ligeramente superior al seguro; observando que los niños que provenían de oriente de Europa tenían mayores tasas de apego inseguro; esto identifica un grupo de riesgo para posteriores intervenciones. Recientemente Grant-Marsney, Grotevant y Sayer (2015) en un estudio longitudinal de adoptados desde bebés, concluyen que el mayor apego a los padres predice un menor estilo evitativo durante la adolescencia, y la mayor cercanía de los padres a lo largo del tiempo se relaciona con menos ansiedad en las relaciones cercanas. Farr, Grant-Marsney y Grotevant (2014), en un estudio de 167 jóvenes, analizan la importancia de la percepción de la apertura sobre la comunicación positiva sobre la adopción que se correlaciona positivamente con un apego seguro a sus padres adoptivos, siendo estas variables predictores de la significación positiva de los padres adoptivos y la satisfacción de las relaciones con los padres biológicos, estos dos estudios están realizados en EE.UU. dónde la apertura de la adopción y los contactos con la familia biológica, tiene largo recorrido.

3. IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE ADOPTADO TRASNACIONAL Y TRANSRACIAL. IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL

Para el abordaje de este tema tan complejo, específicamente el de las adopciones trasnacionales y transraciales en la etapa de la adolescencia, se ha de tener en cuenta que el adolescente adoptado trasnacional en su búsqueda de identidad tiene la tarea de confrontar su identidad de adoptado, su origen y las diferencias étnicas, con relación a las dos culturas, la adoptiva y la de origen. Baden, Grotevant, Lee, Mohanty, Pinderhughes, y Rosnati, (2015). Debe encontrar un equilibrio entre sus múltiples identidades. Por esa circunstancia, el apoyo social a lo largo de la vida, formal e informal, puede ser una pieza clave para ayudar al adolescente. Cava y Musitu (2003) concluyen en su estudio que el apoyo social desempeña un papel muy importante durante la adolescencia, por tanto la falta de este apoyo puede hacernos entender las numerosas dificultades que tienen. El vínculo/apego seguro del adoptado con su familia biológica y posteriormente con la familia adoptiva es un apoyo y tiene implicaciones a lo largo de su vida, pero en la adolescencia en la búsqueda de su autonomía y en las relaciones interpersonales, es un momento crítico en la creación de vínculos con sus pares. Las personas adoptadas, por el desconocimiento de partes de su historia antes de la

adopción, tienen la dificultad de construir una narrativa coherente que vincule su historia pasada, en el presente, para proyectar su futuro y esto le hace tener una desventaja con sus pares.

Es por ello que en los últimos años se ha buscado respuestas a diversos interrogantes, entre otros, cómo influye el conocimiento por parte de los adoptados, de sus antecedentes genéticos. En este campo las investigaciones actuales, se centran en los factores biológicos y la influencia en el desarrollo de los adoptados internacionalmente; Grotevant y May (2018) concluyen que el conocimiento de los antecedentes familiares, y por tanto todo aquello que pueda afectar en el futuro del adoptado en el campo de la salud, tiene un papel relevante en los objetivos y proyectos, así como en poner los medios para conseguirlos. El conocimiento de la información genética por parte de los adoptados y por tanto de su salud influye en la formulación de proyectos en su vida. La información de la salud tiene una relación positiva en la búsqueda personal de medios para conseguir los proyectos, independientemente de su estado de salud actual. En esta línea Dunbar, Fiorenzo, Grotevant y Lo (2017) estudian las características comunes de la salud de los niños adoptados, para ayudar a los adoptados en ausencia de información de los padres biológicos.

Es de gran importancia un estudio finlandés sobre antecedentes genéticos de esquizofrenia en niños adoptados. Concluyen los autores que aunque la genética es un factor importante para desarrollar una enfermedad, es la interacción de genética y ambiental, la que determina el desarrollo de esta (Lahti, Läksy, Moring, Sorri, Tienari, Wahlberg y Wynne, 2004), de esta manera las dinámicas familiares son un factor muy importante en la enfermedad mental, esto ayuda para no atribuir directamente una psicopatología a una carga genética, sino en interacción con su entorno, dinámicas familiares y relaciones interpersonales.

4. IDENTIDAD ÉTNICA Y BÚSQUEDA DE ORÍGENES

Muchas de las familias que han adoptado no han podido prever el efecto de las diferencias culturales y étnicas en su entorno, por tener poca experiencia los/as profesionales y no haber sido apoyados adecuadamente. En ocasiones la elección de muchas familias que han optado por este tipo de adopción ha sido motivada por la viabilidad de realizar el proyecto de adopción en un tiempo reducido y con un ofrecimiento de un niño pequeño. La percepción de las familias ha sido poco real, algunos autores (Dwyer, 2013) hablan de “padres miopes”. Los padres tenían la percepción de una sociedad más avanzada e inclusiva. Los avances en los medios de comunicación, les ayudaba a los padres a tener un mayor acercamiento al origen de sus hijos/as y comentaban que en los colegios no se verían diferentes porque había muchos niños de otras etnias por la inmigración. No obstante, las investigaciones constatan que existen dificultades que tienen relación con su etnicidad y cultura, en la formación de la identidad.

María José Martín

Para una mayor complejidad de esta cuestión, recientemente la ley Española 26/2015 en materia de adopción, entre otras medidas, regula con más detalle la capacidad de los adoptantes y se incorpora una definición de la idoneidad para adoptar; creando la figura la *adopción abierta*, que permite al adoptado mantener relación con su familia de origen a través de visitas o comunicaciones, lo que ha de ser acordado por el juez y se refuerza el derecho de acceso a los orígenes de las personas adoptadas. Es un cambio cualitativo en la adopción y esto hace pertinente conocer lo que se ha investigado y hacer propuestas políticas adaptadas para apoyar a los adolescentes adoptados y sus familias. Esta cuestión ha modificado la percepción sobre la adopción por parte de los padres.

Es de actualidad una de las primeras investigaciones que se han realizado en adopciones internacionales, porque nos acerca a la realidad de las necesidades de los niños y las dificultades en las familias; este estudio concluye que las familias se sienten insatisfechas, cuando los hijos adoptados empiezan a distanciarse emocionalmente y buscan el acercamiento a sus iguales, momento en que por las diferencias étnicas y la condición de adoptado, aparecen dificultades. Este estudio se realizó con una amplia muestra de niños/as vietnamitas adoptados en EE.UU. (Kirk, 1964).

En las recientes líneas de investigación se ha de destacar el meta análisis de Aaro, Askeland, Hysing, La Greca, Sivertsen y Tell (2017). En este estudio se incluyeron once estudios europeos, con un total de 17 919 adoptados y 1 090 289 pares no adoptados, concluyendo que aunque la mayoría de los adolescentes adoptados internacionalmente tienen un buen ajuste social, hay una mayor prevalencia en salud mental en comparación a sus pares no adoptados.

Grotevant y colaboradores (2015), en una revisión de seis artículos destacan la importancia de la socialización étnico-racial y la identidad étnica entre los adoptados transraciales e internacionales. Aportando en sus conclusiones que la familia, los compañeros, la comunidad y la cultura de acogida son contextos de socialización importantes y es en los procesos de relación con los otros donde se promueve la identidad étnica. Estos autores destacan la importancia de los padres que dan un apoyo apropiado para el desarrollo de la identidad étnica positiva.

Latorre (2013) nos refiere sobre la adopción:

“Este proceso requiere un sobre-esfuerzo por parte de los adoptados y por parte de los adoptantes. Las familias adoptantes con diferentes actitudes y comportamientos pueden mejorar el apego inseguro de quienes han adoptado y ayudar de esta forma a reparar el dolor de su hijo o hija, generando un apego seguro que permita desarrollar una identidad positiva”.

A pesar de los pocos conocimientos sobre cómo se perciben los diferentes grupos transraciales adoptados en las culturas dominantes, se reconoce que las percepciones sociales negativas hacia su cultura de nacimiento impactan en el desarrollo de la identidad (Garber et al., 2015).

En esta línea (Garber y Grotevant 2015) estudiaron la percepción que tenían 153 personas adultas sobre microagresiones por su condición de adoptados, definiendo estas tipologías: silencio, preguntas excesivamente intrusivas, asunción de bionormalidad, confusión/ignorancia recurrente, divisiones internas, excluirlos del grupo, uso de su adopción, falsas creencias, no reconocimiento de su identidad, hacerse portavoz de la adopción, pensar en que el ser adoptado es raro, estereotipos negativos sobre sus padres biológicos, adoptado por ser huérfano, representación social negativa de la adopción. Es indudable que la falta de instrumentos y habilidades para responder a estos estereotipos generan dificultades y muchas de ellas pueden ser adquiridas en la infancia con los padres adoptivos, pero en la adolescencia requerirá de un discurso en el que pueda incluir su historia pasada de una manera positiva con sus iguales.

Se empieza a constatar que los adolescentes jóvenes adoptados en España, tienen la necesidad de conocer su historia y en algunas ocasiones tener relación con sus padres biológicos, así como los adoptados transnacionalmente realizan preguntas y solicitan un acercamiento a sus orígenes y en ocasiones desean conocer a sus familias biológicas. Brodzysky (2011), nos dice que los adoptados, piensa en sus orígenes aunque no lo manifiesten.

Dentro de las investigaciones que tienen relación con la confrontación de la identidad adoptiva. Dunbar y colaboradores (2017) en un estudio reciente longitudinal, sobre la identidad y el ajuste, informan que los adolescentes adoptados con una identidad inestable tienen niveles significativamente más altos de problemas internalizantes: ansiedad y depresión en la juventud y su adultez.

Grotevant, Martin McDermott (2014) estudian los procesos de familias adoptivas que tienen contacto con la familia biológica, las familias adoptivas homosexuales y lesbianas y la socialización racial en las familias adoptivas transraciales concluyendo que todo afecta al desarrollo social de los niños adoptados hasta la edad adulta.

Anteriormente había sido estudiado en EE.UU. por (Grotevant, Skinner-Drawz, Von Korff, Wrobel, 2011), la apertura comunicativa de las madres adoptivas y esta variable se asoció positivamente con el grado de búsqueda de información en la juventud de los adoptados. El grado de búsqueda de información entre la adolescencia y la juventud aumentó para la mayoría de los adoptados, se encontraron diferencias en cuanto al género, las mujeres buscaban menos. Se observó que el proceso de búsqueda era dinámico, en distintas etapas de la adolescencia y juventud, cambiaba su interés.

En la misma línea Grotevant y colaboradores (2013) investigaron la motivación en la búsqueda de orígenes, de niños adoptados de la misma raza que los padres. Concluyendo que el nivel de motivación que tenían en la búsqueda de orígenes estaba relacionado positivamente con la búsqueda de información y la percepción que tenía el adolescente sobre las dificultades que encontraba.

Ayers-Lopez, Grotevant, Mcroy, Wrobel (2013) en un estudio longitudinal sobre la apertura de comunicación de la adopción, concluyen que los adolescentes y jóvenes adoptados que tienen contacto con su familia biológica están más satisfechos y tienen un mejor ajuste y desarrollo de su identidad que los que no tenían contacto. En este mismo estudio se observó que las madres biológicas que tenían contacto, tenían elaborado mejor el duelo y estaban más satisfechas, independientemente del nivel de contacto. Se consideró que los parientes, tanto adoptivos como biológicos, necesitaban de un aprendizaje en habilidades sociales, para un buen compromiso y tener flexibilidad.

5. APOYO SOCIAL ENTRE IGUALES DE LOS ADOLESCENTES ADOPTADOS

El apoyo social es un pilar del bienestar individual, los seres queridos ayudan ante las dificultades, el saber que se puede contar con las personas significativas tranquiliza, por eso es una necesidad del ser humano tener relaciones para sentirse querido y aceptado. Cava y Musitu (2003) estudiaron la percepción del apoyo social de los adolescentes, concluyendo que, en general, tiene una gran importancia la percepción de apoyo de los padres durante la adolescencia. «El apoyo social, ciertamente, desempeña un rol fundamental durante esta transición». Sin embargo, la red social del adolescente cobra mucha importancia sobre todo la del mejor amigo y de la pareja. Cabe esperar que en los adolescentes adoptados pase también, no obstante parten de diferencias y dificultades distintas por su condición de adoptado y pueden requerir de un mayor apoyo.

De ahí la importancia de todos los estudios que nos aporten conocimientos en esta área. Grotevant y Lo (2017), en una revisión de investigaciones con tres enfoques: la apertura en el contacto con las familias biológicas, la socialización racial, cultural en la relaciones transraciales y la experiencia en la crianza de padres adoptivos gays y lesbianas, concluyen que, en general, el apoyo recibido ante los problemas que les surgen en las relaciones predice un mejor ajuste infantil de los adoptados que las diferencias por apertura ante la adopción o diferencia de padres adoptivos gays, lesbianas.

Bakermans-Kranenburg, Beijersbergen, Juffer y van IJzendoorn (2012), en un estudio longitudinal de 125 niños adoptados a una edad temprana hasta los catorce años, investigaron el apoyo sensible de los padres y se observó que las madres de los adolescentes que tenían un apego seguro, tenían más apoyo sensible en los momentos

de discusión y conflicto que los adolescentes inseguros, y que el apoyo sensible en la infancia predijo un apego seguro. No obstante, las madres que habían dado un apoyo menos sensible en la infancia pero habían dado un mejor apoyo a sus hijos adolescentes, predijo un cambio de apego inseguro a un apego seguro. Por lo que el estudio concluye que el apoyo tanto el temprano como en la adolescencia son importantes en los primeros catorce años de vida.

En el ámbito de las relaciones con otros adoptados tenemos este estudio de investigación-acción con interés profesional para un diseño de intervención. Garber y colaboradores (2015) en un estudio realizado con un grupo de adolescentes adoptados, dónde todos tienen asignado un mentor adoptado universitario de su misma etnia; explorando la identidad étnica individual, la comunicación sobre su adopción/etnicidad, las relaciones sociales fuera de la familia, concluyen que los mentores percibían que el menor que se les había asignado tenía una identidad ambivalente étnica, pero afirmaban que fue muy positiva la experiencia.

Farr, Flood y Grotevant (2016), analizan tres estudios sobre el papel de los hermanos de los adoptados vistos desde la adolescencia a la adultez en una continuación del estudio de Berge y colaboradores (2006), sobre adolescentes adoptados y sus hermanos adoptivos con contacto con la familia biológica desde su nacimiento; en el primer estudio encontraron la evidencia de cambios en la manera de establecer el contacto. En el segundo estudio, los adoptados con hermanos (adoptados o no) que estaban más involucrados, en contacto con la familia biológica de los adoptados, los resultados muestran que la conducta de los adoptados fue más favorable que en los adoptados cuyos hermanos no se habían implicado en el contacto. Y en el tercer estudio, niños adoptados con hermanos que también fueron adoptados, los resultados mostraron que los niños adoptados percibían más positivamente su adopción cuando los hermanos expresaban sentimientos positivos similares sobre su adopción. Concluyen: que las experiencias de la adopción de los hermanos son importantes para la experiencia de adopción de los demás. En el estudio se observa que es un factor mediador y de apoyo el que los hermanos se involucren en las relaciones con su familia de origen y las experiencias sobre su adopción sean positivas.

Y para concluir se resalta la investigación sobre la percepción de las familias adoptivas y apoyos recibidos, ante las dificultades educativas; Elovainio, Lapinleimu, Mäkipää, Matomäki, Raaska y Sinkkonen (2012) concluyen que hay un mayor estrés en algunas familias homosexuales, con hijos/as adolescentes adoptados, por el estigma social asociado a la orientación sexual, con repercusión en el proceso adoptivo. El estigma social por la diferencia de orientación sexual es un factor que hay que valorar en algunos contextos sociales y tenerlo presente en la investigación y en la intervención.

6. CONCLUSIONES

La noción de identidad se refiere a un espacio intermedio entre los procesos individuales y sociales: «de un lado, un sentimiento de individualidad -ser una persona única- y del otro, un sentimiento de vinculación ligado al contexto social que el propio sujeto reconoce y asume» (Erikson, 1968), por tanto, los estudios e investigaciones deben ser referidos a un espacio temporal de lo social. Contamos en estos momentos con escasas investigaciones que nos ayuden a comprender los procesos de los adolescentes adoptados transnacionalmente, en España, por haberse dado de una manera masiva y con numerosos cambios en el ámbito social.

De las investigaciones expuestas se constata la necesidad de intervenir y apoyar a las familias y a los adolescentes adoptados, en distintos planos, desde lo macro social impulsando políticas que ayuden a poder mejorar el acercamiento a sus orígenes e impulsando políticas de atención a la diversidad.

Es necesaria la intervención directamente en las instituciones, dando formación a los profesionales e incorporando prácticas que no patologicen o estigmaticen a los niños adoptados. Conocer cómo son las relaciones entre iguales de los adolescentes adoptados, con quién hablan de su adopción y qué es lo que hablan de ello, nos aporta información para ayudarles en la construcción de su historia y generar un discurso adaptado a su realidad que les permita tener respuestas ajustadas y adquirir habilidades.

Es necesario conocer las dificultades de relación, en el entorno social y cultural en donde están. Porque puede ser para ellos violento y poco respetuoso con sus derechos. La falta de sensibilidad, las frases estereotipadas y desafortunadas les colocan en una situación de desventaja social, que hace necesaria una intervención. Las dificultades para curar las heridas de su historia pasada, les hacen tener a su vez dificultades escolares y es en este ámbito dónde surgen muchos de los conflictos, por no saber atender a esta diversidad de alumnado.

De Rancourt y colaboradores (2012) en un estudio de 21 familias, en Francia, puso en relevancia que las familias tenían dificultades en el ámbito sanitario porque los profesionales de estos servicios frecuentemente estigmatizan a estas familias y no estaban atentos a los procesos familiares, concluyendo que es un buen apoyo la escucha de sus dificultades con profesionales preparados en este ámbito, proponiendo cambios de políticas socio-sanitarias. Es por ello que la sensibilidad/formación en el ámbito sanitario es fundamental

A nivel micro social, la familia cobra su mayor protagonismo siendo para la práctica clínica los que facilitan que los niños puedan relacionarse con normalidad para poder conseguir redes de apoyo (Cyrułnik, 2001; Barudy y Dantagnam, 2005), por ello el apoyo a la familia es una pieza clave para la integración de los menores.

Barudy y Dantagnam (2005) y Guédeney (1998) nos hablan del apoyo social, afectivo con adultos y pares, que junto con los padres y la familia extensa, son una fuente importante para desarrollar un buen apego, obtener valores, participar en actividades sociales positivas, creativas y con humor todo ello ayuda a una buena integración. En la misma línea Cyrulnik (2001,2003) nos dice que los adultos significativos constituyen verdaderos factores de integración del niño por la calidad de apoyo afectivo instrumental que aportan al generar conversaciones que les permite encontrar nuevos significados a las circunstancias que provocaron sus sufrimientos. La resiliencia secundaria se entiende como la capacidad de una persona de sobreponerse los desafíos y adversidades de la vida es gracias al apoyo afectivo social (Barudy y Dantagnam, 2010).

Se deben realizar políticas que ayuden a un mayor apoyo a las familias y a los adolescentes adoptados, analizar sus necesidades e intervenir en el entorno con proyectos interculturales por su vulnerabilidad, según demuestran las investigaciones que se han referido. Así como realizar políticas que hagan posible el acercamiento a las familias de origen de los niños.

Los estudios futuros deben evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas al desarrollo de la identidad étnica y adoptiva de los/as adoptados/as y por tanto será también importante el estudio de las relaciones con los iguales que son también adoptados/as y si son una fuente de apoyo emocional.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aaro, L.E., Askeland, K.G., Hysing, M., La Greca, A.M., Sivertsen, B., & Tell, G. S. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 203-213. doi:10.1016/j.jaac.2016.12.009
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, C., McElhane, KB, y Marsh, P. (2007). La relación de la seguridad del apego con las relaciones paternas y de pares de los adolescentes, la depresión y el comportamiento externo. *Desarrollo del niño*, 78(4), 1222-1239.
- Abrines, N., Barcons, N., Brun, C., Fumadó, V., Marre, D., & Sartini, C., (2014). Attachment and adaptive skills in children of international adoption. *Child & family social work*, 19(1), 89-98.
- Ainsworth, M. (1962). Los efectos de la privación materna: una revisión de los hallazgos y la controversia en el contexto de la estrategia de investigación. En M. Ainsworth, R. Andry, R. Harlow, S. Lebovici, M. Mead y G. Prugh, *Privación de cuidado materno: una reevaluación de sus efectos* (pp. 97-159). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ayers-López, S., Grotevant, H.D., McRoy, R.G., y Wrobel, G.M. (2013). Contact bet-

- ween adoptive and birth families: Perspectives from the Minnesota/Texas Adoption Research Project. *Child development perspectives*, 7(3), 193-198.
- Baden, A.L., Grotevant, H.D., Lee, R.M., Mohanty, J., H., Pinderhughes, E.E., & Rosnati, R. (2015). New Trends and Directions in Ethnic Identity Among Internationally Transracially Adopted Persons: Summary of Special Issue. *New directions for child and adolescent development*, 150, 91-95.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Beijersbergen, M.D., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure: parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental psychology*, 48(5), 1277. doi: 10.1037/a0027442
- Barudy, J. (2009). Conferencia presentació a les Jornades Europeas sobre Resiliencia. Institut Francès de Barcelona, 19 i 20 de març.
- Barudy, J., y Dantagnana, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Booth, A., y Crouter, A.C. (2006). *Romance and Sex in Adolescence and Emerging Adulthood: Risk and Opportunities*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Brodzinsky, D.M. (2011). Children's understanding of adoption: developmental and clinical implications. *Prof Psychol Res Pr*, 42, 200-207.
- Brodzinsky, D.M. (2011). Children's understanding of adoption: developmental and clinical implications. *Prof Psychol Res Pr*, 42, 200-207.
- Brodzinsky, D., y Palacios, J., (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270-284.
- Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Rutter, M., Stevens, S., y Sonuga-Barke, E.J. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a U.K. longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4, 332-350. doi: 10.1080/17405620701401846
- Berge, J. M., Mendenhall, T. J., Wrobel, G. M., Grotevant, H.D., y McRoy, R.G. (2006). Adolescents' feelings about openness in adoption: Implications for adoption agencies. *Child Welfare*, 85(6), 1011.
- Cava, M.J., y M. Musitu, G., (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12(2). 179-192.
- Collins, W.A. (2003). More than myh: The developmental significance of romantic relationship during adolescence. *Journal of Personality*, 70, 963-1008.
- Collins, W. A., Welsh, D.P., y Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual review of psychology*, 60, 631-652.
- Cuenca, A.M. G., Esteban, C.B., y Molina, M.F. (2005). La comprensión de creencias falsas y de sentidos no literales en adolescentes adoptados. *Psicothema*, 17(1), 43-48.
- Cyrulnik, B., (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Barcelona: Ediciones Granica S.A.

- Cyrulnik, B., Aúz, T.F., y Eguibar, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Barcelona: Gedisa.
- De Rancourt, F., Labbe, A., Laurichesse, H., Lesens, O., Poirier, V., Schmidt, A., F., y Vorilhon, P. (2012). Health care support issues for internationally adopted children: A qualitative approach to the needs and expectations of families. *PLoS One*, 7(2) doi:http://dx.doi.org.proxy-oceano.deusto.es/10.1371/journal.pone.0031313
- Dunbar, N.D., Fiorenzo, L., Grotevant, H.D. & Lo, A.Y.H., (2017). Adoptive identity and adjustment from adolescence to emerging adulthood: A person-centered approach. *Developmental psychology*, 53(11), 2195-2204. doi: 10.1037/dev0000352
- Dwyer, J.G. (2013). Inter-Country Adoption and the Special Rights Fallacy. *U. Pa. J. Int'l L.*, 35, 189.
- Elovainio, M., Lapinleimu, H., Mäkipää, S., Matomäki, J., Raaska, H., & Sinkkonen, J. (2012). Internationally adopted children in Finland: parental evaluations of symptoms of reactive attachment disorder and learning difficulties—FINADO study. *Child: care, health and development*, 38(5), 697-705. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01289.x
- Erikson E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Farr, R.H., Flood, M. E., & Grotevant, H.D. (2016). The role of siblings in adoption outcomes and experiences from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*, 30(3), 386. doi: 10.1037/fam0000173
- Farr, R.H., Grant-Marsney, H.S., & Grotevant, H.D. (2014). Adoptees contact with birth parents birth parents in emerging adulthood: The role of adoption communication and attachment to adoptive parents. *Family process*, 53(4), 656-671. doi: 10.1111/famp.12069
- Feeney, J.A. (1999). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6(2), 169-185.
- Fonagy, P. (2001). La teoria dell'attaccamento è proprio diversa da quella psicoanalitica? Punti di contatto e divergenze tra i due paradigmi. *Fonagy P., Target M.: Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina, Milano*, 3-26.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.
- French, Q., Garber, K.J., & Grotevant, H.D. (2015). Participation in the Adoption Mentoring Partnership: Mentors' Experiences of Ethnic Identity. *New directions for child and adolescent development*, 150, 77-89. doi: 10.1002/cad.20123
- Furman, W., Low, S., & Ho, M.J. (2009). Romantic experience and psychosocial adjustment in middle adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 75-90. doi: 10.1080/15374410802575347

- Furman, W., & Shaffer, L. (2003). The role of romantic relationships in adolescent development. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 3-22).
- Garber, K.J., & Grotevant, H.D. (2015). "YOU Were Adopted?!" Microaggressions Toward Adolescent Adopted Individuals in Same-Race Families. *The Counseling Psychologist, 43*(3), 435-462. doi: 10.1177/0011000014566471
- Garber, K.J., & Grotevant, H.D. (2015). "YOU Were Adopted?!" Microaggressions Toward Adolescent Adopted Individuals in Same-Race Families. *The Counseling Psychologist, 43*(3), 435-462. doi: 10.1177/0011000014566471
- Grant- Marsney, H.A., Grotevanta, H.D., & Sayer, A.G. (2015). Links between Adolescents Closeness to Adoptive Parents and Attachment Style in Young Adulthood. *Family relations, 64*(2), 221-232. doi: 10.1111/fare.12111
- Grotevant, H.D., & Lo, A.Y. (2017). Adoptive parenting. *Current opinion in psychology, 15*, 71-75. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.02.020
- Grotevant, H. & May, T., (2018). Autonomy, well-being, and the value of genetic testing For adopted persons, In *HEC Forum 30*, 283-295.
- Grotevant, H.D. & McDermott, J.M. (2014). Adoption: Biological and social processes linked to adaptation. *Annual review of psychology, 65*, 235-265. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115020
- Wrobel, G.M., Grotevant, H.D., Samek, D.R., & Korff, L.V. (2013). Adoptees' curiosity and information-seeking about birth parents in emerging adulthood: context, motivation, and behavior. *International journal of behavioural development, 37*(5), 441-445. doi: 10.1177/0165025413486420
- Grotevant, H.D., Skinner-Drawz, B.A., Von Korff, L., & Wrobel, G. M., (2011). The role of adoption communicative openness in information seeking among adoptees from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Family Communication, 11*(3), 181-197. doi: 10.1080/15267431003656587
- Guédeney, A. (1998). Les enjeux d'une classification et ses liens à la psychopathologie chez le jeune enfant. *Devenir, 10*(1), 17-25.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology, 52*(3), 511.
- Heffernan, M.E., Fraley, R.C., Vicary, A.M., & Brumbaugh, C.C. (2012). Attachment features and functions in adult romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(5), 671-693. doi: 10.1177/0265407512443435
- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Holland, A.S., Fraley, R.C., & Roisman, G.I. (2012). Attachment styles in dating couples: Predicting relationship functioning over time. *Personal Relationships, 19*(2), 234-246. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01350.x
- Kirk, H. D. (1964). *Shared fate: A theory of adoption and mental health*. London: Collier-Macmillan; New York: The Free Press of Glenco [c1964].
- Lahti, I., Läksy, K., Moring, J., Sorri, A., Tienari, P., Wahlberg, K.E., & Wynne, L. C.,

- (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.
- Latorre, F.L. (2013). Trabajando la identidad positiva con las personas adoptadas. Familias, apegos y vínculos como estrategias de consolidación de la identidad. *Cuadernos de psicomotricidad*, (46), 7-20.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized / disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton and M.W. Yogman (ed.), *Affective Development in infancy*, (pp 95-124). Norwood, N J: Ablex.
- May, T., & Grotevant, H. (2017, December). Autonomy, Well-Being, and the Value of Genetic Testing for Adopted Persons. In *HEC Forum* (pp. 1-13). Springer Netherlands. doi: 10.1007/s10730-017-9345-0
- Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P.A., & Cowan, C.P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family process*, 41(3), 405-434.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in experimental social psychology*, 35, 56-152.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Ministerio de Justicia. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE nº 180 del miércoles 29 de julio de 2015.
- Nelson, C.A., Zeanah, C.H., Fox, N.A., Marshall, P.J., Smyke, A.T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940. doi: 10.1126/science.1143921
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-75.
- Pinheiro, M.C., y Mena, M.P. (2014). Padres, profesores y pares: contribuciones para la autoestima y coping en los adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(2), 656. doi: 10.1016/j.rmta.2015.05.006

ENVEJECIMIENTO Y POLÍTICAS PÚBLICAS. UN DESAFÍO EN MÉXICO PARA LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

AGEING AND PUBLIC POLICIES. A MEXICAN CHALLENGE FOR INTERVENTION IN SOCIAL WORK

María del Carmen Flores Ramírez

José Luis Leal Espinoza

Universidad Autónoma de Coahuila Unidad Torreón

Abstract: En México, como en el resto del mundo, el cambio demográfico es progresivo de acuerdo con lo proyectado por Consejo Nacional de Población en México (CONAPO, 2010) se contaba con 9,9 millones habitantes, (8,9 %) para 2020 esperando al 2050 aumente a 36,5 millones (28 %) con mayor crecimiento demográfico en adultos mayores. Motivo por el cual requiere una revisión profunda de las políticas, transformación que implicará una reingeniería de las funciones públicas que conlleva a un cambio cultural incluyente a “una sociedad para todas las edades”. El presente trabajo implica propuestas al estado orientadas a la protección y atención del adulto mayor, los desafíos actuales e intergeneracionales frente a los procesos, así como el reconocimiento a la inclusión del cuidado en las Políticas Sociales para la autonomía de las personas mayores en el estado de Coahuila.

Palabras clave: Envejecimiento, Política Social, Inclusión, Asequible, Reconocimiento.

Abstract: In Mexico, as in the rest of the world, the demographic change is progressive according to the projected by (CONAPO, 2010, National Council of Population in Mexico), it had 9,9 million inhabitants (8,9 %), by 2020 waiting for 2050 to increase 36,5 million (28 %), with greater demographic growth in older adults. Reason why it requires a deep review of the policies, transformation that will imply a reengineering of public functions that leads to a cultural change that includes “a society for all ages”. The present work implies proposals to the state oriented to the protection and attention of the elderly, the current and intergenerational challenges in front of the processes, the recognition of the inclusion of care in the social policies for the autonomy of the elderly in the state of Coahuila.

Keywords: Aging, Social Policy, Inclusion, Affordable, Recognition.

| Recibido: 15/07/2018 | Revisado: 15/10/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: María del Carmen Flores Ramírez. Profesora de Tiempo Completo-Investigador en la Universidad de Coahuila, Unidad Torreón. Email: mcflores00@hotmail.com. Dr. José Luis Leal Espinoza Profesor de Tiempo Completo-Investigadora y Coordinador de Posgrado e Investigación en la Universidad Autónoma de Coahuila Unidad Torreón. Email: leal_mjmpi@hotmail.com.

Referencia normalizada: Flores, M.C., y Leal, J. (2019). Envejecimiento y Políticas Públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 86, 53-66. doi: 10.12960/TSH.2019.0004

1. INTRODUCCIÓN. PANORAMA EN LOS PAÍSES SOBRE LOS MARCOS JURÍDICOS Y NORMATIVAS INTERNACIONALES

Determinar los instrumentos de las prácticas, así como las deficiencias en aplicaciones legislativas en promoción y protección sobre los derechos en personas mayores, tomando en cuenta al Estado como órgano regulador de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil, así como académicas, pertinentes creando conciencia en lo que compete a las personas de edad, los derechos humanos de las personas mayores a partir de 1948, fue presentada ante las Naciones Unidas la primera Declaración en América Latina considerando Argentina la alimentación, el vestido, la salud física y mental aspectos prioritarios en el envejecimiento. Hacia 1991 la Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana realizó la declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas adultas mayores declarando las Naciones Unidas la resolución donde indicaba: *“Los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidos de los impedimentos que la adultez puede traer consigo: la pérdida de derechos y ser rechazados por la sociedad a menos que estos derechos sean reafirmados y respetados”*. Las últimas dos iniciativas en dirección al logro de los derechos para con los mayores presentadas en las Naciones Unidas, hacia 1999, por la República Dominicana, denominada Declaración de Interdependencia, para promover y respetar vínculos de unión en grupos en escala microsocial así como la cuarta en 1999 denominado Año Internacional de las Personas Adultas Mayores, la American Association of Retired Persons (AARP) de los Estados Unidos puso a consideración en las Naciones Unidas la carta por una sociedad para todas las edades.

En 1982, implementaron Acción Internacional de Viena en la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, siendo la primera reunión realizada en Austria reafirmando la creencia en que “los derechos inalienables consagrados en la Declaración Universal de los derechos fundamentales se apliquen plenamente a las personas de la tercera edad reconociendo la calidad de vida con la importancia que compete contando con sus familias y su entorno de una vida plena, saludable y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad” (Naciones Unidas, 1982).

Desde la perspectiva internacional se han ido adoptando medidas políticas sobre el envejecimiento desde el año 2002 en la declaración política y el plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento (Political Declaration and Madrid, 2002). El panorama en los países sobre los marcos jurídicos internacionales, específicamente en la declaratoria del plan de acción denominado Madrid 2002 artículo primero, optan por la apuesta sobre el envejecimiento respondiendo así al desafío del futuro demandante hacia el siglo XXI promoviendo un desarrollo en una sociedad para todas las edades tanto a nivel nacional como internacional en tres direcciones principalmente: personas mayores con prioridad a la salud, bienestar hacia la vejez y el aseguramiento de entor-

nos favorables. Dentro del segundo artículo, celebrar el aumento de la esperanza de vida, así como la calidad considerándolo como un logro de la humanidad.

Tomando en cuenta el crecimiento pronosticado, entre otras fuentes por *World Population Prospects 2017*, para el año 2050 las personas con 60 años aumentarán a 600 millones, siendo un total de dos mil millones, y se espera que la proporción de personas adultas mayores se duplique del 10 al 21 por ciento. Cifras que apuntan a potencializar y participar de un envejecimiento activo. Por otra parte y a nivel mundial desde el 2002, en más de 130 países, la Organización Mundial para la Salud (OMS), en lo referente a políticas de salud, el reto de transición demográfica tiene poca prioridad, tomando en cuenta y situando a México como un país con bajos niveles de formación en geriatría y gerontología, así como los distintos perfiles profesionales, a pesar del creciente número de personas mayores como en lo referente a la atención, a los cuidadores, dejando de ser un objetivo primordial de los gobiernos de turno.

En la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de Viena (1992, p. 1-59) se suscribe que dentro del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales del marco jurídico y normativo, *“No es posible privar a una persona de sus derechos humanos debido a su edad o estado de salud”* prohibiendo la discriminación fundada en la edad mencionada.

En la Organización Mundial de la Salud se dio a conocer el documento *Envejecimiento Activo: Un marco político Active, World Health Organization (2002)*, donde se establecía la definición de envejecimiento activo. Según Kardamanidi (2007), lo define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” y asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

Enumerando la OMS (2014), dentro del marco político seis tipos determinantes para dicho proceso mencionando por los aspectos: conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas sanitarios y su entorno físico. Postulando cuatro de las primeras políticas fundamentales en respuesta:

- a) Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- b) Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores durante el curso de su vida.
- c) Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de calidad y respeto con la edad, teniendo en cuenta las necesidades y derechos de hombres y mujeres en el proceso de envejecimiento.
- d) Proporcionar información y formación, así como educación a los cuidadores.

El ciclo de examen y evaluación del Plan de Madrid termina en el año 2013, dejando evidencias de que se ha logrado un progreso en los distintos sectores en los últimos cinco años, en particular en los países desarrollados y algunos como en México en desarrollo. Sin embargo, el progreso general en la implementación del plan de Acción de Madrid se ha retrasado en muchos países como consecuencia de la insuficiencia de fondos y carencia de recursos políticos y humanos (Naciones Unidas, 2013a).

La apatía de la estructura social ante las oportunidades que se tienen para actuar, y el envejecimiento de la población mexicana, está relacionado estrechamente con planes como la salud pública a nivel mundial, programas de educación intergeneracional, y una agenda a desarrollar después del año 2015, y en particular objetivos de desarrollo sostenible (*Sustainable of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge*, 2015).

2. ENVEJECIMIENTO DE LA ESTRUCTURA POLÍTICAS SOCIALES Y SECTORIALES

En México residen 119.5 millones de personas. Los desafíos que presenta la transición demográfica indican que la proporción de la población es un 48,6 % hombres y un 51,4 % mujeres, presentándose una reducción de la fecundidad, seguida de la mortalidad donde, en los últimos años y, por la situación de hechos sociales y fenómenos presentados que se vive, han provocado cambios importantes en la estructura por edades en la población (CONAPO-Consejo Nacional de Población y Vivienda, 2015). Teniendo el proceso de envejecimiento un lugar importante así, como la generación del bono demográfico siendo prioritario la optimización en el proceso de envejecimiento, caracterizado por el incremento paulatino en la proporción de adultos mayores y la disminución en la participación de jóvenes y niños.

En México el número de personas mayores es de 10,4 % según informaciones de la Encuesta Intercensal presentado por (INEGI-Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México, 1990) con un aumento de 4,2 puntos porcentuales. Quedando a la par los grupos de edad que conforman la base piramidal han disminuido: el porcentaje de 15 años pasó de 38,3 a 27,4 en el mismo período; mientras que el de 15 a 29 años, disminuyó de 29,4 a 25,7 %.

La población de 30 a 59 años aumentó de 25,5 a 36,4 % y en el corto o mediano plazo, la población adulta mayor de nuestro país se sumará. Tomando en cuenta las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el 2030 el porcentaje de adultos mayores será de 20,4 millones, lo que representa 14,8 %. Incrementándose por ende la demanda en servicios, e infraestructura, salud, vivienda, pensiones, así como todo lo relacionado con lo que a calidad de vida se refiere.

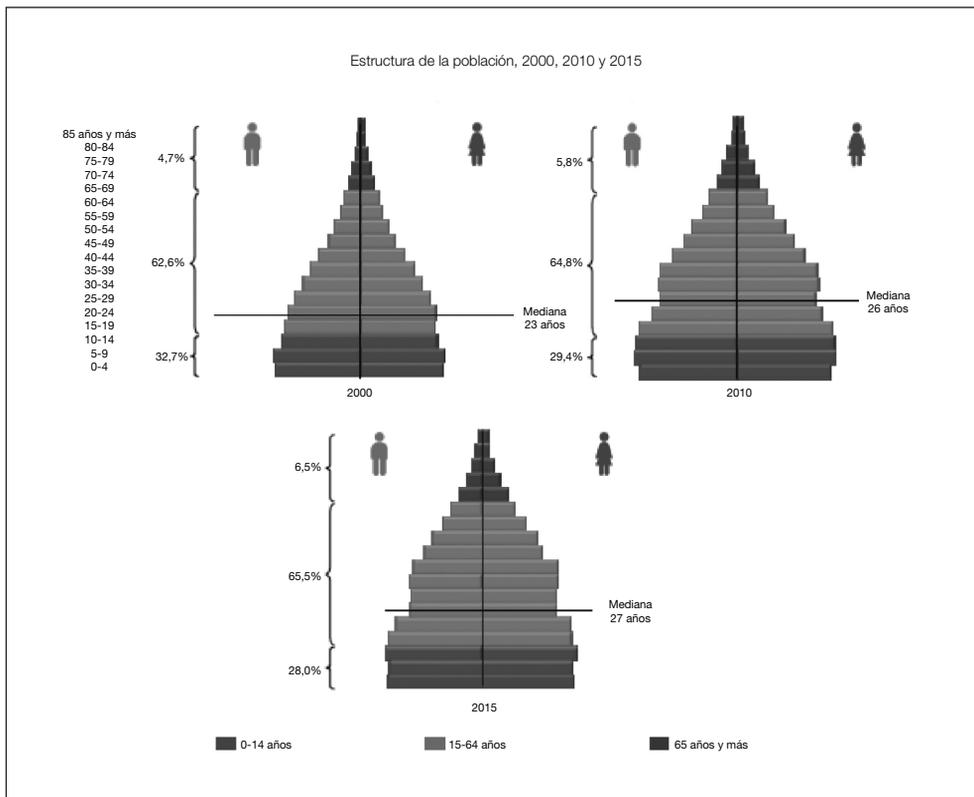


Figura 1. La interacción de la natalidad y mortalidad a través del tiempo.

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y vivienda 2010, Encuesta Intercensal 2015.

Desde el punto de vista internacional, la transición demográfica no ha seguido una trayectoria homogénea provocando que el proceso de envejecimiento tome diferentes matices en el mundo. En Europa el porcentaje de la población de 60 años y más es de 23,9 %, Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015).

3. LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y LA ESTRUCTURA EN COAHUILA

Instaurar una interdependencia entre la composición y el volumen de la población, presenta una relación con su pasado demográfico reciente, detectando las discrepancias para determinar un reajuste en el volumen y estructura de edad, teniendo como referente el actual censo de población, entre los años 2010 al 2013 se perfilaron indicadores demográficos que apostaban a la proyección del futuro en Coahuila, por diferentes instancias gubernamentales como: Secretaría General de población (CONAPO), Insti-

tuto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Secretaría de Salud (SSA), Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), así como la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), y Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE).

Tomando en cuenta las recomendaciones de las anteriores instancias, al realizar la proyección de la población del 2010-2030, donde Coahuila tienen un papel determinante, que afectan su crecimiento y estructura la disminución en la tasa de mortalidad infantil, así como los nuevos patrones de causas de muerte teniendo en cuenta que la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento de uso de métodos anticonceptivos modernos y las intensificaciones de las migraciones son responsables directos de estos cambios. Así como el incremento per cápita de la familia, unido a una mayor posibilidad de acceso a la educación, salud, trabajo, bienestar en general, acompañado de factores intrínsecos como son autoestima, dignidad, libertad, respeto, dando como resultado una *calidad de vida*, que los adultos mayores carecen en el Estado de Coahuila, preocupaciones latentes ante planeación demográfica acompañado de ausencia de *políticas económicas y sociales* (CONAPO, 2014).

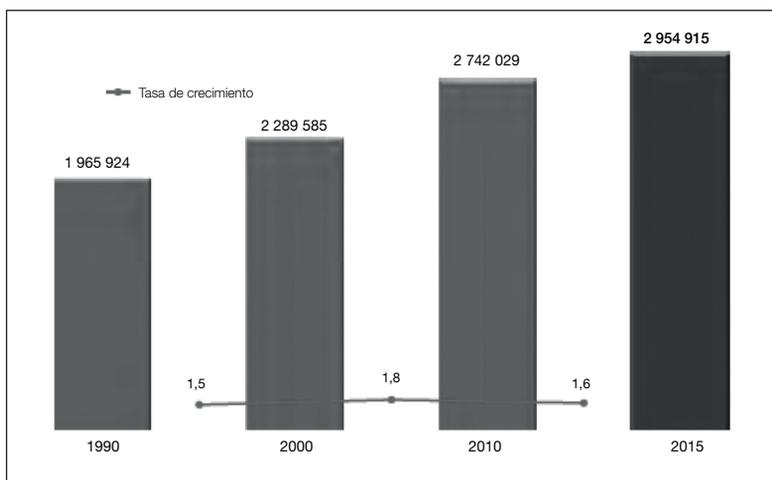


Figura 2. Características Demográficas, tamaño, crecimiento, distribución y estructura de la población 1990 | 2015.

Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo General de Población y Vivienda 2010, Encuesta Intercensal 2015.

Estimándose que en Coahuila donde reside un total de 2 954 915 personas, y revisando el comportamiento de la tasa de crecimiento, el promedio anual de población de 1990 al 2000 fue de 1,5 %, aumentando a 1,8 al 2010 disminuyendo al 1,6 % al 2015.

Tabla 1. Tasa de Crecimiento en Coahuila 2015

Número habitantes	Hombres	Mujeres	Número Adultos Mayores	Hombres	%	Mujeres	%
2 954 915	1 462 612	1 492 303	233 944	111 157	49,7%	122 782	50,2%

Fuente: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Dirección de Atención Geriátrica, 2015.

3.1. Desafíos actuales relacionados con la familia e intergeneracionales frente a las políticas sociales y los adultos mayores en Coahuila

Dentro de las tendencias sociodemográficas que inciden en la conformación de la familia y su dinámica, ha modificado usos y costumbres entorno al comportamiento en contraste con el avance de un mundo ajeno, al mundo del adulto mayor, puesto que no se ha preparado el Estado como ya se ha mencionado en el transcurso del documento, estas modificaciones, a su vez, están relacionadas con transformaciones en la situación económica y política del país. Esta posibilidad, en estas épocas de crisis, donde se busca la resignificación, pues esta, se encarna crudamente en los grupos familiares, especialmente en los más vulnerables, siendo los adultos mayores por su sensibilidad los más propensos a sufrir los efectos. En el estado de Coahuila la familia tiene un papel determinante visto con relación entre las generaciones más jóvenes y los adultos mayores, previendo que para el año 2030 se dé la relación de 43 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que nos ubica al estado en el peldaño 18 dentro del proceso de envejecimiento poblacional (Véase Figura 3).

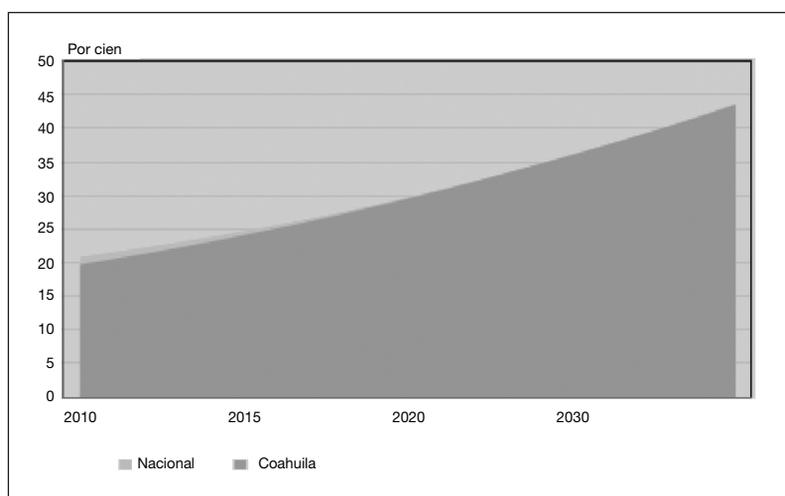


Figura 3. Índice de Envejecimiento, 2010-2030 Coahuila.

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO 2015).

Tabla 2. Adultos Mayores en el Estado de Coahuila Perspectivas por áreas

Esperanza de Vida al 2010	Hombre 72 años-Mujer 78 años
Total de adultos mayores indígenas respecto a la población total del Estado	667 Corresponde 0,2 % de la población total
Ubicación por zona	Urbana 202 838 86,7 % Rural 31,1 % 13,3 %
Porcentaje de Analfabetas	Hombres 4 % Mujeres 7 %

Fuente: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Atención Geriátrica, 2015.

4. PROCESO Y RECONOCIMIENTO A LA INCLUSIÓN DEL CUIDADO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL ESTADO DE COAHUILA

Se debe de tomar en cuenta, que en muchas de las instituciones económicas y sociales han estado fundadas en una realidad fáctica que aún se mantiene vigente: donde es significativamente mayor los menores de edad, que el de los adultos mayores. Uno de cada tres mexicanos tiene en la actualidad menos de 15 años, en tanto que uno de cada veinte tiene 65 y más, tomando en cuenta que, en el 2050 dicha composición será totalmente modificada previendo ya que uno de cada siete mexicanos estará en edad escolar, mientras que los adultos mayores representarán a uno de cada cuatro habitantes del país.

La transformación de la vejez en México, y en Coahuila es un hecho social con diversas aristas, donde no solo es el creciente número de individuos que logran llegar a esta etapa de la vida, hablamos de la rigidez institucional para dar respuesta y continuidad a tales demandas que están en lista de espera, ya que, se llegara el momento y la fecha de cobro del bono demográfico.

El envejecimiento, se convierte en un problema social, económico-político cuando se ve envuelto de pobreza, enfermedad e ignorancia, discapacidad y aislamiento aunado al abandono familiar y social.

Donde marcadas diferencias y desigualdades como: el estatus, la etnicidad y el género son reforzados con la vejez, con clara desventaja resultando una trampa mortal para la sociedad misma, llevado a un planteamiento de interés para las políticas sociales, de educación, salud, trabajo y población, entre muchas.

En la cultura que hemos desarrollado para con los adultos mayores, alienta discursos piadosos como menciona Rodolfo Tuirán (Carrasco, Green, Gurría y Tuirán, 1988). Al proponer la transición social que marca paso a la vejez, haciendo mención que, para una minoría en Coahuila el retiro del trabajo con la satisfacción de una pensión es un evento que se ve posible, en tanto que la gran mayoría se ve obligada a continuar con actividades limitadas por su esfuerzo físico, estableciendo altas tasas de participación laboral, y teniendo retraso el retiro con edad de 69,4 años, no sin antes, que la vejez imponga de manera fatal transformándose en personas dependientes de un sistema de transferencia, subsistiendo de contribuciones suministradas por el estado en el mejor de los casos, y largas filas a fin de mes por paupérrimas cantidades que no son equivalentes al coste de la vida, o recurso provenientes de sus hogares ahorros o caridad pública, ocupaciones que regularmente no son excluyentes por lo que con frecuencia son una combinación de varias (García-Gutiérrez, 1997).

Proponiendo políticas donde no se generen prejuicios patronales contra mayores que se desconfe sobre sus capacidades de aprendizaje y adaptación a nuevas metodologías y preocupación requiriéndose la capitalización por parte del estado donde se pueda recapitalizar y reacomodar en el empleo al personal envejecido (Schultz, 1991). Propiciando la internacionalización de la economía y disminuyendo la creciente informalidad en el trabajo que obliga a una economía precaria en la edad avanzada (Pedrero, 1997).

Diseñar políticas institucionales en función y atención a la vejez ya que en México a partir del 2020 la brecha intergeneracional redundará en la prevención de los jóvenes entre 16 y 22 años que a la vuelta de la esquina verán las fases más avanzadas de transición demográfica donde deberá ser institucionalizado la prevención, en cuanto a calidad de vida se refiere, institucionalizada de manera académica.

La gran mayoría de personas mayores, 8 de cada 10 no cuentan con pensiones y casi dos terceras partes de quienes tienen acceso a ellas no cuentan con lo suficiente para cubrir sus necesidades básicas. El impacto demográfico, impulsan el proceso de envejecimiento de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2001). Haciendo presente la necesidad de establecer políticas públicas para adultos mayores, donde será de suma importancia incidir en los aspectos económico, social, político y cultural procurando un clima e incorporando a los adultos mayores a un proceso en la sociedad y generando espacios para su productividad. Procurando acciones, políticas públicas que se institucionalicen donde queda ya establecido, a través de los cuatro tipos de políticas y principios de la Organización de las Naciones Unidas (1999).

Mencionando la organización a nivel mundial que, existen necesidades en el grupo de adultos mayores, pueden considerarse comunes, sin importar edad, entre otras como:

vivienda, salud, recreación, alimentación, consumo y costeo de servicios y bienes. A medida que avanza la edad estos se van encareciendo en especial, aquellos que son vitales como el referente a la atención en salud, sobre todo en aquellos mayores de 65 años. Llegando a la propuesta por parte de organismos internacionales a la imperiosa necesidad de considerar políticas específicas reconociendo la intervención por edad en áreas como: abandono, maltrato, desnutrición grave. Jugando un papel primordial las garantías, para aquellos adultos mayores excluidos socialmente y viviendo en la indigencia. Siendo base para cualquier política en la que se sustente la atención al adulto mayor en este caso de México y de Coahuila.

- a) *Independencia de las personas de edad*
- b) *Participación*
- c) *Recepción y provisión de cuidados*
- d) *Autorrealización*
- e) *Dignidad*

El principal papel a desempeñar por las instituciones públicas es la atención a las personas adultas mayores o reconocidas en nuestro país como de la tercera edad. Las familias seguirán fungiendo como principal filtro de acción ante esta propuesta del Estado.

La idea de una política social sobre el envejecimiento activo no será menester, de ser fincado en programas existentes y momentáneos del poder gubernamental del momento.

Es imperante basarse en la reflexión con respecto a las necesidades presente y futuras readecuando las diversas iniciativas que desarrollen una definición política con objetivos, compartidos por todos los involucrados en esta sociedad, con políticas que fundamenten programas estables en tiempo a nivel sociedad civil y gobierno, aunado a las políticas establecidas por organismos internacionales, partiendo de políticas sociales básicas ya mencionadas y coadyuvando a una cultura de la vejez, ancianos que tengan disminución permanente o transitoria de alguna capacidad como: políticas de protección especial para adultos mayores con necesidades afectivas, de pertenencia de edad en circunstancias de tener relaciones afectivas y de pertenencia.

Existiendo una corresponsabilidad en principio gubernamental y haciendo participe la propuesta de la triple hélice, donde de manera tripartita pueden incidir en políticas el Estado, la iniciativa privada y la universidad. En especial cuando aquellas necesidades derivadas de una discapacidad, limitación o excesiva dependencia operativa.

Siendo las políticas una garantía para la protección completa de grupos y comunidades enteras en lo que se refiere al ámbito rural, de adultos mayores donde la migración queda al descubierto en pro de las nuevas generaciones que optaron por un mundo

mejor, y solo dejando al que una vez fue cabeza de familia al cuidado de un pedazo de tierra que no tiene productividad. Y en el mejor de los casos queda también mencionar a los adultos mayores ubicados en el área urbana, albergarse en asilos o casas de día favoreciendo el espacio, quedando pendiente el aspecto afectivo de la ausencia familiar.

Cuando suponemos que el adulto mayor es un peso para la economía familiar y social, debemos pensar y proponer medidas compensatorias de apoyo en transferencias ayudas y subsidios que apuntalen la economía de estas familias con medidas donde dicho sea de paso no son reconocidos, desde el cuidador hasta la familia sustituta que en muchos como alberga de manera temporal ocasional dejando al adulto mayor desprotegido o sin familia. Aquí la participación del profesional del trabajo social, con respecto al escenario socio-demográfico, de Coahuila, nos encontramos con una población orientada hacia el envejecimiento donde la esperanza de vida de los hombres es de 74 y de 80 para la mujer respectivamente, sin perder de vista la postura positiva ante la vejez, y siendo conscientes de que está aumentando la esperanza de vida y por lo tanto también el número de personas que padecen algún tipo de discapacidad, motivo por el cual repercute en el ambiente socio familiar.

Ante tal escenario y ya expuesto el anterior análisis teórico-demográfico la participación para la inserción del trabajador social que busca romper paradigmas al conocer y transformar una realidad no coincide con otros autores en muchos de los casos, y contribuyendo al bienestar de las personas adultas mayores en la promoción de sus potencialidades previendo y detectando de manera precoz la existencia que dificulte la integración social de personas mayores.

Es pertinente el trabajo mediante el cual se analiza la realidad de manera científica y técnica a la par de establecer una jerarquía de necesidades antes planteadas dando como solución la propuesta y elaboración de políticas sociales centrandose en posturas donde el objetivo es la prevención de situaciones que afecten a personas mayores en su entorno; así como el afrontar situaciones problemáticas ya existentes, disminuyendo su impacto con el establecimiento de políticas acordes, así como paliar los efectos de la problemática existente en conjunto con la tripe hélice. A través de los colegios profesionales de los consejos y asociaciones de los países de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS, 2008), se trabaja de manera permanente en la promoción y creación de políticas, así como el desarrollo de programas, creación de servicios e investigaciones con dirección al adulto mayor.

Teniendo como principales propósitos: elaboración de declaración de políticas sociales que tengan en cuenta las necesidades de los adultos mayores en las distintas etapas de envejecimiento, valorar las características importantes en los procesos de envejecimiento fisiológico y patológico, la relación entre ambos, se presenta como un continuo

encontrando un envejecimiento relacionado con el paso del tiempo que puede verse claramente separado por la enfermedad, que con independencia no podrán ser considerados patológicos, tales como arrugas, manchas o cambio de color en el cabello. En el extremo opuesto encontramos cambios que sí pueden ser considerado enfermedad con manifestaciones tales como descalcificación de huesos, o pérdida de memoria, entre otros, preocupación de tema social a nivel mundial, el ejercicio de la libertad de elección de vida y calidad de vida al que tienen derecho, así como a la colaboración y derecho de apoyo a las personas discapacitadas.



Figura 4. Imagen 1 Proceso de Envejecimiento.

Fuente: Cristina Filardo Llamas, Trabajo Social para la tercera edad (1992).

Se expone a manera de conclusión una serie de propuestas y actividades que desde la perspectiva del trabajo social en Coahuila puede hacer partícipe, en trabajo, estado y sociedad civil, y la intervención en lo que a Política Pública se refiere:

- a. *Políticas con Funciones de Atención Directa:* Función preventiva, promocional y asistencial, sobre el envejecimiento activo optimizando las oportunidades y participación segura, a fin de mejorar la calidad de vida, de manera intrínseca y extrínseca.
- b. *Función Rehabilitadora e informativa:* considerando el aumento en la esperanza de vida de las personas mayores de edad fortaleciendo políticas en la atención integral de este grupo poblacional.
- c. *Coordinación y planificación de políticas de intervención* tomando en cuenta que los adultos mayores que se encuentran entre 60 y 70 años de edad, se deberá favorecer las oportunidades laborales y contar con ingresos económicos en ambientes dignos.
- d. *Trabajo comunitario*, procurando espacios accesibles para la recreación cultural y social, así como lúdica con la reactivación física, generar programas orientadas a la equidad de género considerando los cuidados de inclusión y prevención de maltrato.

- e. *Gestión, tramitación de documentación*, que den cumplimiento dentro de políticas en México como 60 y más considerando que una gran parte de la población llegará a ser longeva favoreciendo a la accesibilidad de servicios e instancias públicas.
- f. *Planificación y Evaluación de políticas*, con acciones que fortalezcan la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores con participación de la sociedad civil y la familia, así como actor principal al estado.
- g. *Dirección, y organización de Centros de adultos mayores* con modelos de atención médico, social en base al perfil de población y condición funcional fomentando la preservación y su autonomía, con la capacitación adecuada de personal especializado así como de los cuidadores.
- h. *Fomento de sistemas flexibles de educación y trabajo* de manera productiva para el adulto mayor de acuerdo a sus necesidades y en beneficio directo a su economía.
- i. *Prever el aumento de la población longeva y discapacitada* que se presentara; se deberán crear políticas de acciones concretas para prevenir la trata y calidad de vida de este grupo poblacional a través de la intervención primaria y secundaria del trabajador social, así como en su formación, docencia e investigación.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Cavan, R., Burgess, E., Havighurst, R., & Goldhamer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.
- Carrasco, D., Rosario Green, R., Gurría, J.A., y Tuirán, R. (1999). *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México D.F.: 30 de octubre 2018, de Consejo Nacional de Población y Vivienda. Ángel Urraza 1137, Col. Del Valle C.P. 03100. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_de_Mexico_Retos_y_Perspectivas
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. (1993). *Declaración y programa de acción de Viena*, 1-59. Viena: Conferencia Mundial de los Derechos Humanos.
- Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie Población y Desarrollo, Núm. 52. Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL. Disponible Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf, accessed 7 June 2015).
- Filardo Llamas, C. (1992). *Trabajo Social para la Tercera Edad*. Disponible noviembre 4 de 2018, de Colegio Profesional de Trabajo Social Sitio web: <https://studylib.es/doc/7608501/revista-completa-en-pdf---colegio-profesional-de-trabajo-...>
- Forteza, J.A. (1993). Aproximaciones históricas a la gerontología. *Investigaciones psicológicas*, 12, 31-55.
- García-Gutiérrez, S. (1997). *Lineamientos para un plan nacional gerontológico*. México: Gerusia, No. 3, abril-mayo-junio: 1.

- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/>).
- INEGI. (1990). *Datos estadísticos de población*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México.
- Kardamanidis, K., Lim, K., Da Cunha, C., Taylor, L.K., & Jorm, L.R. (2007). Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J. Aust*, 1;187(7): 383–6. PMID: 17907999.
- Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Ebrahim, S., Gorman M., Greengross, S., Prince, M., et al. (2012). Population ageing and health. *Lancet*, 379(9823): 1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
- Misión Permanente de la República Argentina ante las Naciones Unidas. (2013). *Argentina anunció en Naciones Unidas la creación del Grupo de Amigos de los Derechos Humanos para las Personas Mayores*. Documento disponibles en <http://enaun.mrecic.gov.ar/content/argentina-anunci%C3%B3-en-naciones-unidas-la-creaci%C3%B3n-delgrupo-De-amigos-de-los-derechos-humanos>
- Naciones Unidas (2013a). *Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General*. (A/68/167), Sexagésimo octavo período de sesiones. Disponible en <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/402/54/PDF/N1340254.pdf?OpenElement>
- Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. (2002). *El envejecimiento mundial*. New York: United Nations. Disponible en (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *World Population Prospects: The 2015. Review. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población*. Recuperado el 3 de junio de 2016, de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>.
- Pedrero, Mercedes, 1993, “Condiciones de trabajo en la vejez”, ponencia presentada en el Seminario sobre Envejecimiento Sociodemográfico en México, SOMEDE, México, D.F.
- Sustainable of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge, (2015). (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).
- Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development KnowledgePlatform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).
- Schulz, James H. (1991). *The World Ageing Situation*. New York: United Nations.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev*, 55(1): 121–39. doi: 10.1111/1468-246X.00118
- World Health Organization (2002). *Envejecimiento Activo: un marco político Activo*, WHO/NMH/NPH/02.8. Disponible en www.hqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015).

ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU, UNA VISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL 3.0

VON HIPPEL-LINDAU DISEASE, A 3.0 SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Oliver Juan Canales Sirgo

Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau

Resumen: La aparición de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y la gran cantidad de flujos de información han dado lugar a un nuevo paradigma social marcado por el uso de las Redes Sociales (RRSS) en todos los ámbitos, incluyendo el de la salud, un hecho que ha permitido eliminar las barreras espacio-temporales. Es por ello que, gracias al acceso globalizado de Internet, aumentar el valor de cualquier servicio es posible, en nuestro caso, la intervención social comunitaria a través de la figura del trabajador social 3.0. De esta manera, la identidad digital, la ética del trabajador social y el impacto de las redes sociales en la salud se convierten en un nuevo reto para el trabajo social. Debido a ello, analizaremos la importancia del trabajador social 3.0 a través de la intervención práctica sobre una enfermedad rara, la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL).

Palabras clave: Enfermedades Raras, Von Hippel-Lindau, Trabajador Social 3.0, Identidad Digital, Intervención Comunitaria Online, Redes Sociales, Principios Éticos.

Abstract: The emergence of the New Information and Communication Technologies (ICT) and the large number of information flows have given rise to a new social paradigm marked by the use of Social Networks in all areas, including health; a fact that has allowed to delete the space-time barriers. That is why thanks to the globalized access of the Internet, increasing the value of any service is possible, in our case, community social intervention through the figure of the 3.0 Social Worker. In this way, the digital identity, the ethics of the Social Worker and the impact of social networks on health becomes a new challenge for Social Work. Because of that, we will analyze the importance of 3.0 Social Worker through the practical intervention on a rare disease, von Hippel-Lindau disease (VHL).

Keywords: Rare diseases, von Hippel-Lindau, 3.0 Social Worker, Digital Identity, Online Community Intervention, Social Networks, Ethical Principles.

| Recibido: 25/06/2018 | Revisado: 30/09/2018 | Aceptado: 25/11/2018 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: Oliver Juan Canales Sirgo. Graduado en Trabajo Social y Postgrado en Gestión y Dirección de Centros de Servicios Sociales y Tercera Edad. Trabajador Social en Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau. Email: oliverjcanales@hotmail.com.

Referencia normalizada: Canales, O.J. (2019). Enfermedad de von Hippel-Lindau, una visión desde el trabajo social 3.0. *Trabajo Social Hoy*, 86, 67-92. doi: 10.12960/TSH.2019.0005

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente artículo tiene por objeto mostrar cómo es trabajar desde la óptica de un trabajador social en modalidad online, en una asociación de una enfermedad rara y acercar la enfermedad de von Hippel-Lindau al conocimiento académico y divulgativo del lector, sin entrar de forma más pormenorizada en los aspectos médicos.

El artículo se divide en tres partes. En la primera parte se expone en qué consiste la enfermedad de von Hippel-Lindau, representada institucionalmente en España por la Alianza Española de familias de von Hippel-Lindau, asociación para la que el autor trabaja. La segunda parte hace referencia a la asociación, sus principales fuentes de financiación y la problemática que afronta. En el apartado final se explica brevemente la experiencia práctica del autor, la intervención y práctica profesional, desarrollada dentro de la asociación como trabajador social 3.0.

2. LA ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU

La enfermedad de von Hippel-Lindau debe su nombre a dos médicos, el Dr. Eugen von Hippel, oftalmólogo alemán, en el año 1895 (Von Hippel, 1904, p. 59); y el Dr. Arvid Lindau, patólogo sueco, en 1926 (Lindau, 1927, p. 4). La enfermedad de von Hippel-Lindau, o VHL, es una enfermedad rara, cancerosa y familiar. Además de genética, hereditaria, altamente invalidante y discapacitante, tiene un patrón de herencia dominante (VHL, 2009, p. 46), y a su vez, es muy desconocida por la población en general y por los médicos en particular, quienes han de atender a los afectados.

Esta enfermedad consiste principalmente en la aparición de múltiples tumores (benignos y malignos) en diferentes partes del cuerpo, a lo largo de toda la vida del afectado. Las manifestaciones pueden ser de distinta índole y grado de afección dentro de los miembros de una misma familia, independientemente de su sexo. Además, se pueden dar a cualquier edad y, a pesar de ser hereditaria, muchas veces se diagnostica tardíamente. Por ello, es necesario un seguimiento con pruebas médicas -a lo largo de toda la vida- de los portadores de la enfermedad.

En el primer dibujo se muestran las principales zonas afectadas en la enfermedad de von Hippel-Lindau y su frecuencia expresada en porcentaje (ver Figura 1).

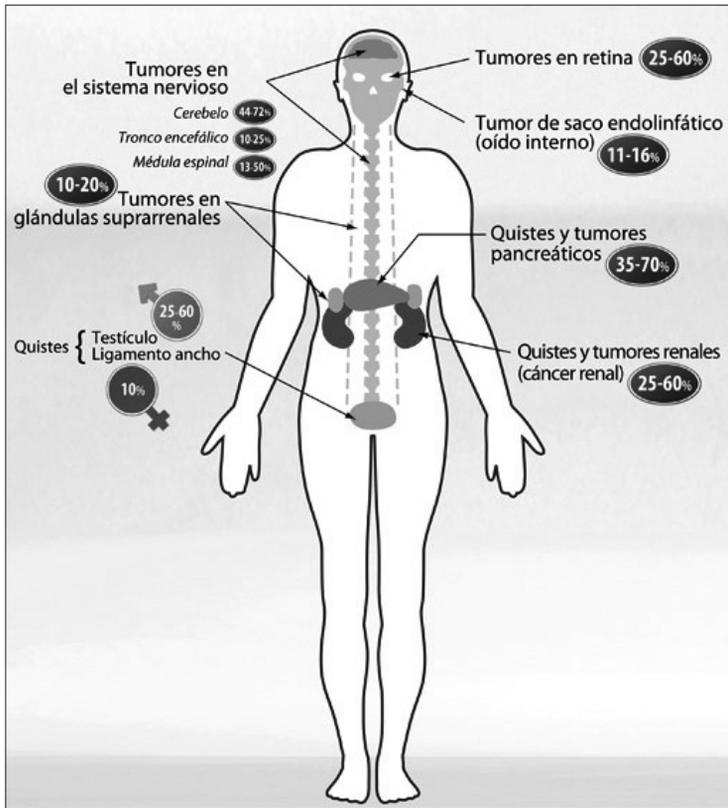


Figura 1. Principales zonas afectadas en la enfermedad de von Hippel-Lindau.

Fuente: Datos extraídos de Lonser, Russell R., et al. (2003), Von Hippel-Lindau Disease. *The Lancet*, 361(9374):2059-2067 y Lonser, Russell R., et al. (2004), Tumors of the Endolymphatic Sac in von Hippel-Lindau Disease. *The New England Journal of Medicine*, 350: 2481-2486. Imagen basada en una ilustración de los National Institutes of Health (NIH) de Estados Unidos, elaborada por Carlos E. Casal Novo (2011). Fuente: Villar, K. (2011). *Enfermedad de von Hippel-Lindau. Guía Básica para profesionales de la salud*. Ciudad Real: Lince Artes Gráficas, 7.

2.1. Problemática social: elaboración de datos estadísticos

Más allá de los datos estadísticos existe una problemática social que afecta no sólo a los que padecen de VHL sino también a cualquier persona que sufra una enfermedad rara dentro del ámbito de la salud, debido a que no existe ningún registro que recopile datos en el Sistema Nacional de Salud que permita conocer un número exacto de afectados “localizados”, como ocurre con otro tipo de enfermedades “comunes”.

Si bien la legislación española obliga a los médicos a declarar al centro de salud pública todas aquellas enfermedades transmisibles denominadas “Enfermedades de Declaración Obligatoria” (EDO), por ser de especial importancia para una comunidad (O. SSI/445/2015, de 9 de marzo) y que la Comisión Europea actualiza de manera periódica (Dec. No 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013). Entre las enfermedades más conocidas se encuentra la gripe, la varicela, la hepatitis A, B y C, etc. Por el contrario, dicha legislación no contempla la notificación de cualquier Enfermedad Rara (en adelante ER), ya que no forma parte de aquellas Enfermedades de Declaración Obligatoria (en adelante EDO) en ninguna de las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.) de España. Si bien el listado de las EDO puede variar a nivel internacional, pues cada estado establece un listado de vigilancia epidemiológica.

Así, por ejemplo, en España existe una “Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica” (RENAVE) que sirve de referencia y consulta a las autoridades de Salud Pública y que establece la base para la vigilancia epidemiológica y para las medidas de salud pública de cara al control de las enfermedades transmisibles que se vigilan y notifican a nivel nacional (ISCIII, 2015).

Sin embargo, a pesar de las dificultades por llevar a cabo registros exhaustivos, en la actualidad, existen algunos instrumentos que permiten guardar un registro de las ER, como por ejemplo, y según un artículo publicado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la herramienta DICE-APER, sirve para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades raras en la consulta de Atención Primaria (en adelante AP); y el Registro de ER del Instituto de Salud Carlos III (en adelante ISCIII).

En primer lugar, el “Protocolo DICE-APER de atención primaria de ER” (s.f.), es una herramienta desarrollada por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) y el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras de forma conjunta, que permite mejorar la atención y la información de pacientes con ER en la consulta de AP, a través de varios objetivos establecidos en el protocolo: Diagnóstico, Información, Coordinación, Epidemiología; con el fin de ofrecer un apoyo normalizado a la actuación de un médico de AP y así generar circuitos de comunicación entre los diferentes equipos asistenciales.

En segundo lugar, el registro de ER del ISCIII, dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, que está en marcha gracias a la participación voluntaria de los propios afectados por las ER a través de la cesión de datos voluntariamente facilitados por los mismos para elaborar informes estadísticos oficiales. Este registro tiene tres diferentes vías de entrada de datos: registros de base poblacional (datos facilitados por las CC.AA.); registros de pacientes orientados a resultados (datos facilitados por los propios pacientes); y datos facilitados por profesionales participantes de redes de investigación y de sociedades médicas que mantienen convenio con el ISCIII “Registro Nacional de Enfermedades Raras” (s.f.).

Si bien ambas herramientas no sólo permiten tener un control de los posibles afectados, es decir, tener un mayor nivel de conocimiento acerca del número y distribución geográfica de los pacientes afectados por estas enfermedades, también ayudan a fomentar la investigación de las ER, aumentar su visibilidad y favorecer la toma de decisiones para una adecuada planificación sanitaria y una correcta distribución de los recursos.

2.2. Estudio descriptivo de afectados

La incidencia de la enfermedad de von Hippel-Lindau a nivel mundial es de 1:36.000, es decir, que de cada 36.000 personas que nacen, 1 de ellas tiene la enfermedad (Maher, Yates y Harries, 1990). Así por ejemplo, según un informe elaborado por la Alianza VHL en noviembre de 2009, de afectados por CC.AA., son 68 las familias y 143 los afectados por VHL. Asimismo en dicho informe se estima que en España puede haber unas 1 200 personas afectadas (VHL, 2009, p. 46).

Esto no es una cuestión baladí, ya que la enfermedad VHL se agrupa en familias, pues es una enfermedad hereditaria. Al ser una enfermedad con herencia dominante, hay altas probabilidades de que en la misma familia haya varios miembros afectados. Sin embargo, también hay casos en los que pese a no haber antecedentes hereditarios en la familia sí que puede aparecer la enfermedad, lo que se denomina “casos de novo”. Así, un 20 % del total de los individuos que nacen con VHL, lo hacen como los primeros afectados en sus familias (Villar, 2008, p. 19).

Como hemos explicado antes, la recopilación de datos objetivos resulta un problema. Sin embargo, gracias a la labor de las asociaciones se puede elaborar un registro de los afectados. En este caso, la Alianza VHL mantiene contacto con afectados de toda España, y ha podido esbozar un mapa por CC.AA. con sus propias estadísticas, que va actualizando año a año (Ver Figura 2).

En el mapa siguiente figuran recuadradas (Cataluña, Islas Baleares y Andalucía) las cifras que han registrado incremento desde la fecha de la última actualización (Mayo 2017). En los casos que figuran redondeados (Galicia y País Vasco), es debido a que en los últimos meses se ha diagnosticado a uno o varios miembros más de una familia ya registrada. Por último, el mapa nos muestra que en algunas CC.AA. hay varios afectados dentro de la misma familia, mientras que en otras CC.AA., sólo hay un caso por familia.

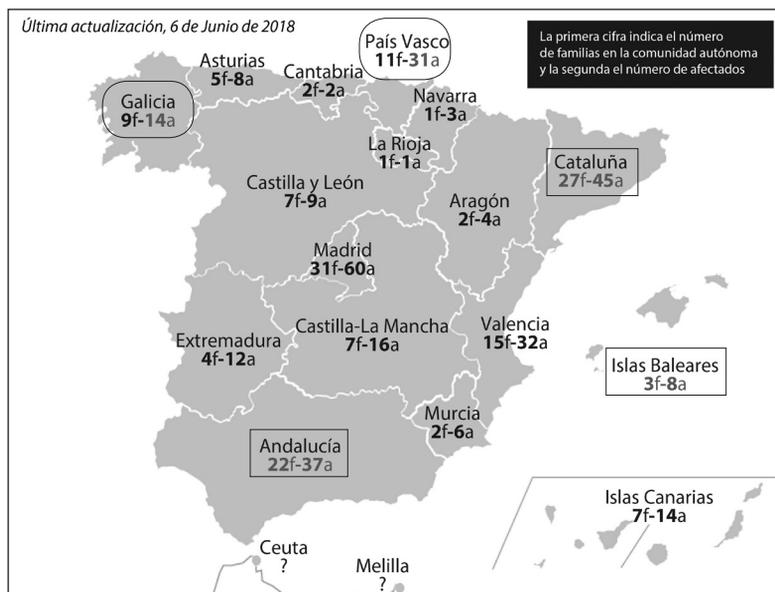


Figura 2. Mapa de afectados por comunidades por la ER de von Hippel-Lindau.

Fuente: www.alianzavhl.org (6 de junio 2018). España: Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau. http://www.alianzavhl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1231&Itemid=739

A continuación se muestra mediante un gráfico, el histórico de familias y afectados por años, desde el año 2007, que es cuando la Alianza VHL empezó a recopilar datos estadísticos hasta el presente, con la última actualización en junio de 2018 (ver Figura 3).

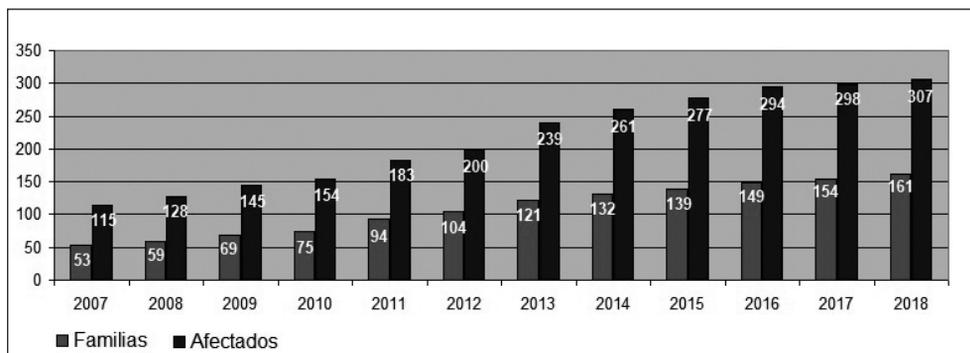


Figura 3. Gráfica evolutiva de familias y afectados por la ER de von Hippel-Lindau.

Fuente: www.alianzavhl.org (6 de junio 2018). España: Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau. http://www.alianzavhl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1231&Itemid=739

En estos totales se ha incluido a cinco personas cuya CC.AA. se desconoce (es por ello que dicho dato no estaba reflejado en la figura anterior) (ver Figura 2).

Una de las grandes cuestiones que plantea la Alianza VHL es saber qué ocurre con los afectados por la enfermedad en aquellas CC.AA. de las que no se dispone de datos.

A continuación se muestra en un gráfico la relación de datos de afectados por CC.AA., ordenados de mayor a menor número de familias (ver Figura 4).

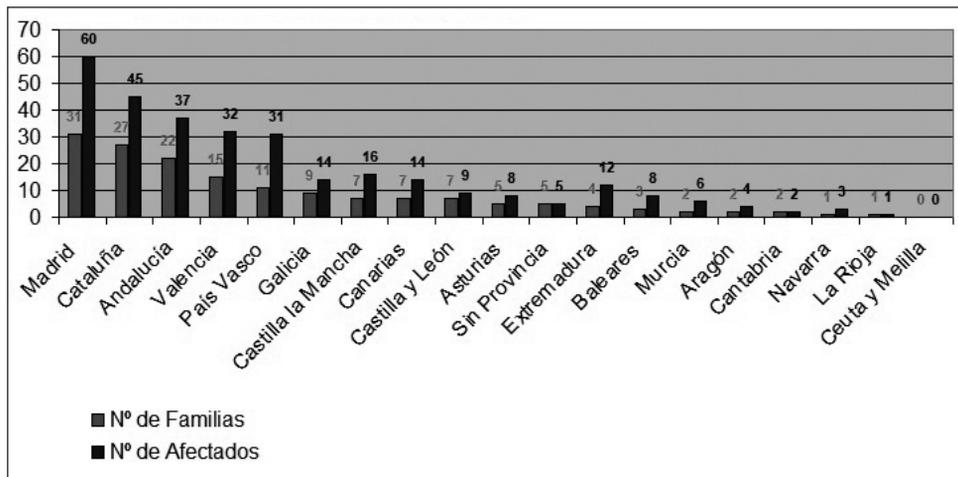


Figura 4. Gráfica relación de datos de afectados por la ER de Von Hippel-Lindau por CC.AA. ordenados de mayor a menor número de familias.

Fuente: www.alianzavhl.org (6 de junio 2018). España: Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau. http://www.alianzavhl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1231&Itemid=739

Como hemos podido comprobar en las gráficas, a fecha de hoy, hay un total de 307 afectados localizados en España, pertenecientes a 161 familias, distribuidos por toda la geografía del país. Aún queda mucho trabajo por hacer para identificar a todos y cada uno de los afectados por esta ER en España.

3. LA ASOCIACIÓN

La Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau (en adelante Alianza VHL) nace en el año 2001, con el propósito de buscar una cura para esta enfermedad. La asociación tiene reconocida la declaración de entidad de utilidad pública desde el año 2012. En el año 2013, tras hacer un enorme esfuerzo para recaudar fondos, la Alianza VHL empezó a financiar investigación en España. Actualmente, dicha investigación se lleva a cabo en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras

(CIBERER), realizada por el grupo de investigación de Medicina Genética, liderado por la doctora Luisa M^a. Botella Cubells, en el laboratorio CIB 109 del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

La enfermedad de von Hippel-Lindau necesita algo más que un simple tratamiento médico, es por ello que resulta esencial no cesar en investigar para hallar una cura que frene el cáncer, y que en los próximos años no haya más muertes prematuras por esta enfermedad desconocida para muchos, y muy presente para unos pocos.

3.1 Principales fuentes de financiación

La investigación es la clave para poder dar con la llave que abra la puerta de la esperanza de tantos afectados, por lo tanto, es necesario invertir mucho dinero, dedicación y tiempo en la investigación de laboratorio. Con este objetivo, se organizan todo tipo de eventos y venta de productos artesanales o *merchandising*, siempre con el apoyo de los afectados como parte implicada, destacando entre ellos: carreras populares, galas y cenas benéficas, torneos de golf, musicales benéficos, entre otros. Si bien es preciso destacar que las donaciones obtenidas a través de la venta de los productos solidarios son de gran ayuda, pues a la vez que el donante adquiere un producto (camisetas, pulseras, cuentos infantiles, etc.), está contribuyendo directamente en la investigación de la enfermedad. Por consiguiente, sin este tipo de ayudas sería imposible avanzar en la búsqueda de una cura para esta enfermedad.

3.2. Problemática a las que se enfrenta la Alianza VHL

Actualmente, los problemas a los que se enfrenta la asociación y, a su vez, las familias afectadas, son los mismos que hace unos años, pero con la diferencia de que la crisis económica en nuestro país aún continúa latente (Mayo y Amigot, 2018). Podríamos resumir estos problemas en tres grandes pilares: asistencia sanitaria deficiente por desconocimiento de la enfermedad, denegación de derivaciones entre CC.AA. y carencia de investigación.

En primer lugar, en cuanto a la cuestión de la asistencia sanitaria, tras muchas conversaciones llevadas a cabo como trabajador social en la Alianza VHL es necesario destacar la confesión de muchos afectados de la necesidad de dar con un diagnóstico certero y disponer de un centro especializado y experto en la enfermedad, pues refieren estar durante largos años divagando en la búsqueda de una respuesta a su enfermedad. En teoría, esto no debería de ser así a día de hoy, ya que, de acuerdo con la revista médica británica *The Lancet* y la *Bill & Melinda Gates Foundation*, contamos con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, superando a los de Estados Unidos, Alemania, Italia, Francia y Reino Unido (Ventoso, 2017).

En segundo lugar, en lo que respecta a la denegación de derivaciones entre CC.AA. con el fin de dar un diagnóstico más preciso, la realidad es que muchos centros médicos desconocen la tipología de ER, y casi siempre, cuando llega un posible paciente afectado, por ejemplo de VHL, no se le da una solución adecuada, ya sea por falta de medios o por mero desconocimiento. Debido a ello, en la mayoría de los casos, el paciente es tratado e intervenido en dicho centro médico, sin obtener una derivación adecuada al centro de expertos donde realmente debería acudir y donde sería supervisado de una manera más profesional e individualizada. Un hecho que tanto desde la Asociación VHL como desde otras asociaciones de ER ya llevan años exigiendo con el fin de ofrecer un diagnóstico correcto al afectado (EURORDIS, 2018).

Asimismo es interesante mencionar también, tras muchas mediaciones como trabajador social y conversaciones con los afectados, que, con el tiempo, este tipo de intervenciones por médicos y en centros no especializados en la enfermedad, ocasiona un gasto enorme a las arcas públicas del Estado en forma de pensiones no contributivas, puesto que muchos casos de discapacidad e invalidez son evitables. Por lo tanto, cientos de miles de euros podrían ser ahorrados cada año, y podrían ir destinados a la formación de tan reclamados especialistas médicos y a la investigación de la enfermedad. Como ocurre en la mayoría de las ER, en muchas ocasiones está mejor informado sobre la enfermedad el propio paciente que el médico que le atiende.

Por último, y no menos importante, es necesario destacar unas previsiones nada halagüeñas en la investigación de esta enfermedad y de otras muchas a largo plazo pues la inversión en investigación se reduce cada vez más como consecuencia de la crisis (Fundación BBVA-Ivie, 2017). En palabras del investigador Arkaitz Carracedo, profesor de investigación Ikerbasque en CIC bioGUNE y miembro de la Junta directiva de ASEI-CA “dos segundos es el tiempo que transcurrirá en 2030 entre una muerte por cáncer y la siguiente. Esto no pretende ser un mensaje pesimista, sino un recordatorio del gran reto al que nos enfrentamos como sociedad” (Carracedo, 2018).

Pues la realidad es que la inversión en Investigación, Desarrollo e Innovación sigue perdiendo peso en España (Maqueda, 2017). Y es que casi ningún organismo/entidad pública dedica dinero o tiempo a investigar la enfermedad de von Hippel-Lindau. Quizás sea porque es rara, poco frecuente, o nadie va a ganar dinero con ella; el motivo lo desconocemos aún; y además, sabemos que los afectados se mueren con la esperanza de encontrar una cura a esta enfermedad angustiosa que les acompaña cada día de su vida. Si bien, es obligatorio recordar que investigar esta enfermedad puede abrir la puerta a tratar otros tipos de cáncer en el futuro. Pues cada vez son más los países que asumen que una economía fuerte necesita también de una buena política sanitaria (Wijnroks, 2017).

4. INTERVENCIÓN PRÁCTICA DEL TRABAJADOR SOCIAL 3.0. UNA MIRADA PROFESIONAL DENTRO DE UNA ENFERMEDAD RARA

Desde la intervención práctica del trabajador social 3.0 podemos potenciar comunidades virtuales de afectados y, de alguna manera, llegar a alcanzar espacios que antes hubieran sido impensables. Así, por ejemplo, aunque no podamos dar respuesta inmediata a los tres grandes problemas a los que se enfrentan los afectados por la enfermedad de von Hippel-Lindau: asistencia sanitaria deficiente por desconocimiento de la enfermedad, denegación de derivaciones entre CC.AA. y la carencia de investigación; sí que podemos llevar a cabo intervenciones mediante el uso de las herramientas y estrategias específicas que aporta Internet, gracias a las nuevas posibilidades que ofrece la emergencia de las redes sociales y de las comunidades virtuales.

4.1. La aparición de Internet: Alfabetizando Comunidades

Desde la aparición de Internet y la “Web 2.0”, el mundo ha cambiado por completo. La importancia de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y la transformación de la sociedad ya fue un hecho que muchos clásicos estudiaron en el pasado. Primero como “sociedad postindustrial” (Bell, 1976) y, después como “sociedad de la información” (Masuda, 1968; Masuda, 1980) o también llamada “sociedad en red” (Castells, 1993).

Y es que todas las épocas tienen su propia revolución, desde la revolución industrial del siglo XVIII y XIX, hasta la revolución tecnológica del siglo XX. Así, el siglo XXI ha dado paso a un nuevo paradigma: la “convergencia cultural”. Una palabra que describe los cambios tecnológicos, industriales, culturales y sociales en la circulación de los medios en nuestra cultura (Jenkins, 2008, p. 276).

Asimismo, la presencia cada vez más notoria de las nuevas tecnologías en todos los ámbitos de la vida cotidiana; el uso de aplicaciones que favorecen la interacción social en la Red, conocido como *Social Computing* o “Informática Social”; las nuevas pautas culturales y de interacción, como la aparición de los “inmigrantes digitales”, que se unen a las generaciones más jóvenes ya habituados a la tecnología, los “nativos digitales” (Prensky, 2001); no son más que varias razones que demuestran el grado de nivel de madurez alcanzado.

Estudios elaborados por la asociación que representa al sector de la publicidad y la comunicación digital en España, *Interactive Advertising Bureau* (IAB), reflejan una mayor penetración de redes sociales, alcanzando el 86 % durante el último año 2017, 5 puntos mayor que en el año 2016 (teniendo en cuenta que en este estudio se ha ampliado la franja de edad); lo que demuestra que cada vez es mayor el número de

personas que se incorporan a las redes sociales. Y lo que solía ser una actividad más propia de los jóvenes, se ha convertido en una práctica cotidiana entre los adultos, ya que si en el estudio anterior los resultados hacían referencia a una población de 16 a 55 años, en el último año 2017 la franja de edad de la población alcanzaría los 65 años (IAB-SPAIN, 2017).

De esta manera el mundo digital permite dar una mayor visibilización a las ER. El uso de redes sociales, así como de otras herramientas digitales, no deja lugar a duda de que son un fenómeno que se ha convertido no sólo en una necesidad para muchos ciudadanos, pacientes, incluso profesionales; sino también en algo vital. Incluso superando a los medios tradicionales de comunicación, como prensa y radio.

Recientemente *Facebook Community Boost* ha anunciado formar a “un millón” de personas y empresarios en toda la Unión Europea para el año 2020. Uno de los objetivos de esta nueva iniciativa sería desarrollar programas adicionales para que las personas adquieran “las habilidades y recursos necesarios”, para encontrar trabajo, entre otros muchos fines. Ya que también tendrían en cuenta sectores de la población más vulnerables, como ancianos y refugiados, gracias a la colaboración de *ReDI School of Digital Integration* y el centro de aprendizaje *Digitales Lernzentrum Berlin*, Alemania (Europa Press, 2018).

Si bien, a modo de ejemplo, partiendo de la intervención profesional desde la Alianza VHL, la labor del trabajador social 3.0 consistiría en vincular a las personas afectadas a sus redes de pertenencia o “comunidades”, basadas en la participación, la legitimidad, y en el respeto al disenso democrático (Del Fresno, Segado y López, 2013: 32). Así, la labor del trabajador social serviría de central en un proceso de integración y comunicación con el resto de los usuarios de la Red.

En este sentido, una vez más, las nuevas tecnologías de la información de acuerdo a Manuel Castells (2006), están integrando al mundo “redes globales de instrumentalidad”. Dicho de otro modo, un conjunto de infinitas relaciones estratégicas entre individuos, grupos, comunidades e incluso países que se unen a las redes en función de sus objetivos y metas. Por todo ello no podemos analizar ni entender a la sociedad actual y el impacto de las redes sociales, sin una mirada “sociotécnica”; en otras palabras, la sociedad y la tecnología se retroalimentan a través de un proceso de “co-producción”, sin el cual no tendría ningún sentido la “sociedad del conocimiento”, que mencionaba Castells.

Así, y en cualquiera de sus dimensiones (individual, grupal o comunitaria), la disciplina del trabajo social forma parte de un proceso de “enriquecimiento personal y comunitario” (Fernández y López, 2008: 17) y, lo que es más importante, de una misión como la “alfabetización comunitaria”, para ayudar aquellos que más lo necesitan.

4.2. Luces y Sombras Tecnológicas

La influencia de las nuevas tecnologías, pese a que estas supongan una nueva oportunidad de integración social, se enfrenta a un discurso marcado por las “luces” y “sombras” tecnológicas. Es decir, por un lado el uso de redes sociales como un elemento comunitario y constitutivo de las dinámicas sociales; y, por otro, el “analfabetismo del siglo XXI” (Toffler y Toffler, 1996) y la desigualdad social. En palabras de Émile Durkheim una “monstruosidad sociológica”, consecuencia de una polvareda de individuos desorganizados marcada por un Estado hipertrofiado (Durkheim, 1982, p. 34).

Así, la desigualdad social, una de las principales causas de los malestares de la historia de la humanidad, parece acentuarse con la revolución tecnológica, debido a la aparición de sociedades más diversificadas y el “nada a largo plazo” (Sennet, 1998). Una sociedad acusada por los “vínculos líquidos” (Bauman, 2009), que evidencian los problemas de inclusión social derivados de las desigualdades tecnológicas en España y una “brecha digital” (Robles, Torres y Molina, 2010).

Sin embargo, lejos del pensamiento pesimista, como narran los autores Richard Sennet (1998) o Jean-François Lyotard (1984) en sus obras, está la figura del trabajador social como herramienta de participación ciudadana y de interacción social, como un guía para alcanzar los retos del siglo XXI en comunidad, es decir, desde una perspectiva colectiva con la colaboración de todos los individuos.

En este sentido, el Trabajo Social 3.0, y de acuerdo al “Decálogo de Intervención para el siglo XXI”, el reto es “el Trabajo Social Online”, lo que incluye: poner en marcha o promocionar redes sociales adecuadas a las características del proyecto de intervención social; y, diseñar estrategias para abordar los procesos de exclusión e inclusión social en la Red (López y Segado, 2012, citado en Fombuena, 2012, p. 249).

Es por todo ello la necesidad de superar las barreras dentro del ámbito de la salud, y sobre todo en lo que respecta las ER.

4.3. Impacto de las redes sociales en la salud

Cada vez se demanda más la figura del trabajador social dentro del sector sanitario (Rodríguez, Lóor y Anchundia, 2017). Incluso desde las universidades existe una labor concienciadora sobre esta especialidad, para poder lograr el reconocimiento profesional ya que desde la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias) se requiere titulación universitaria con título propio dentro de la rama de las Ciencias de la Salud. Un hecho que tiene sus primeros reclamos en el siglo XIX gracias a los primeros pioneros del

ámbito del trabajo social, como Mary Richmond y su “Diagnóstico Social”, obra en donde se asientan las bases del trabajo social y la importancia de su labor en el ámbito sanitario en el año 1917 (Richmond, 2007).

Si bien, en la actualidad, existen autores quienes manifiestan, una vez más, la importancia del trabajador social, como Dolors Colom Masfret, codirectora del primer Máster de Trabajo Social Sanitario, quien habla de la “planificación del alta”, o *Discharge Planning*, un programa centrado en la atención de la persona y que data de 1912 en el Hospital de Bellevue en Nueva York (Colom, 2016). Una metodología basada en la persona enferma y su familia, así como las circunstancias sociales que pueden llegar a existir. Desde que la persona ingresa y se conocen las características sociales que le rodean hasta que cursa el alta, atendiendo a las posibles dificultades que puede llegar a tener a su regreso a casa: necesidad de una tercera persona, apoyo, etc.; con el fin de recuperar su autonomía total.

Entre las funciones del trabajador social dentro de la salud, según Dolors Colom, se encuentran (RTVE, 2014):

- Analizar los aspectos sociales de la enfermedad.
- Elaborar un diagnóstico social y sobre, este, un plan de intervención.
- Estudiar lo que las distintas enfermedades implican, es decir, lo que afecta a la persona y la familia, y su repercusión en la vida diaria desde el punto de vista psicosocial a fin de buscar su autonomía.
- Ejecutar un “Programa de la planificación del alta”.

Sin embargo, no podemos obviar el impacto tecnológico y la contribución del uso de las nuevas tecnologías al ámbito de la salud, que permiten que la figura del trabajador social adquiera una mayor implicación y labor preventiva. Así, por ejemplo, durante los últimos años, según varios estudios e investigaciones, el desarrollo y expansión de las redes sociales actúan como puntos de encuentro para la salud, eliminando de esta manera las barreras geográficas y físicas a fin de ofrecer un acceso globalizado de la información. Ejemplo de ello es el Informe de *Deloitte Centre for Health Solutions* en donde recoge cómo las TIC buscan mejorar la capacidad de las personas para autogestionarse su salud y bienestar, al mismo tiempo que alerten a los profesionales de la salud (Rodríguez et. al., 2017). O bien las conclusiones reflejadas en el “Tercer Congreso Internacional de Comunicación en Salud (3ICHC)” (Rodríguez et. al., 2017):

“Las redes sociales han facilitado el acceso de los ciudadanos a la información sobre salud, en concreto un 52 % de la población reconoce buscar información sobre sus patologías en Internet y el 40 % manifiesta que la información obtenida a través de las redes sociales influye directamente sobre sus medidas adoptadas generadoras de salud, este porcentaje se eleva a un 90 % en la población más joven”.

De esta forma no sólo los afectados por alguna enfermedad, o aquellos quienes empiezan a padecer los primeros síntomas de cualquier ER, pueden consultar y compartir impresiones; también los profesionales pueden acceder a cualquier tipo de información, consultar archivos y/o recursos con el fin de consolidar y reforzar cualquier estudio en beneficio de los afectados. Existen distintas tipologías de redes: de pacientes “PatientsLikeMe” (s.f.); de profesionales “SERMO” (s.f.); entre otras.

Es por ello que no podemos obviar las cifras, el futuro de la salud también está en la Red. Ejemplo de ello es el I Congreso de Pacientes Blogueros celebrado el 11 de septiembre en Madrid, iniciativa FFPaciente (Plaza, 2018). Y es que la clave está en compartir y crear pacientes activos, además de apoyar de manera comunitaria y continua a aquellos sectores de la población que más lo necesiten. En este sentido pacientes susceptibles de padecer cualquier ER, o bien afectados por la ER de Von Hippel-Lindau podrán acceder a la web oficial y/o a cualquiera de sus redes sociales para consultar cualquier tipo de información, intercambiar con otros usuarios y/o afectados dudas, inquietudes o sugerencias. En el caso de la Alianza VHL, pueden acceder a multitud de espacios de información sobre la enfermedad, a través de su sitio web “Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau” (s.f.) (www.alianzavhl.org). Además de poder acceder al resto de los contenidos que ofrece la web como noticias de actualidad, últimos eventos organizados e informarse de todas las actividades benéficas que lleven a cabo, etc. Asimismo podrán ponerse en contacto con los profesionales, como la figura del trabajador social, quien orienta de una manera más organizada y precisa, es decir, mediante una metodología de intervención basada en la autonomía y el empoderamiento del paciente afectado con el objetivo de mejorar su calidad de vida y haciéndole ver que es un sujeto de derechos.

Es, precisamente, en este momento, en donde el trabajador social y la intervención social comunitaria se presentan como una alternativa para dar respuesta a las necesidades sociales, mediante el uso de intervenciones online, la participación ciudadana y la acción colectiva; además del “auxilio social” e “institucional”. Así por ejemplo, desde la Alianza VHL se realizan anualmente encuentros virtuales con otras asociaciones oficiales de afectados por la enfermedad a nivel europeo (Alemania, Italia, Grecia, Francia, Dinamarca, etc.), tratando temas de interés general para todas las organizaciones, como: nuevos estudios de investigación realizados; posibles problemas que puedan surgir; retos, logros y metas a alcanzar; estudios de casos; etc.

En resumen, la “vulnerabilidad estructural” presente no puede tan sólo resolverse con servicios o prestaciones. Por un lado, requiere de un compromiso disciplinar y profesional desde el ámbito del trabajo social, en concreto, en lo que respecta a la ética, y disposición de las competencias y/o habilidades adecuadas, en cuanto a la calidad de la educación y formación profesional. Y, por otro, de una necesidad constante de “reciclaje” (Reamer, 2012); para, así, adaptarse a la sociedad inmersa en una continua transformación.

4.4. Ética del Trabajo Social 3.0

En la actualidad, a pesar de que la configuración de los espacios virtuales forme un entramado complejo a veces difícil de entender por todos los públicos, la realidad es que cada año la participación del ser humano en Internet y el uso de las tecnologías está avanzando exponencialmente. Al mismo tiempo, la demanda y el coste de la atención de la salud están aumentando en el mundo online (Roldán, Aranda y González, 2017). Así la Web se convierte en el nuevo espacio de encuentro social y/o virtual en donde se presentan y nos presentamos ante los otros: “los perfiles son como personalidades digitales. Son la representación digital pública de la identidad” (Pisani y Piotet, 2008, p. 33).

En este contexto, no cabe duda de lo difícil y complicado que resulta gestionar la identidad digital y la privacidad de la información, es decir, la importancia de hacer un uso adecuado de Internet para prevenir la vulneración de datos como el fenómeno de suplantación de identidad o *phising*, entre otros.

Para ello es preciso concienciar sobre la buena gestión de redes basadas en la confianza y credibilidad o, en otras palabras, el “capital social” de las redes. Es decir, la calidad de los lazos sociales caracterizados de buena voluntad, apoyo mutuo, normatividad, confianza y un lenguaje común. Una manera en donde las personas pueden adquirir “valor” derivado de ser miembro de una sociedad o comunidad (Huysman y Wulf, 2004, p. 1).

Sin embargo, más allá de los posibles peligros y miedos en torno al uso de Internet existen asociaciones y organizaciones, en el marco mundial, que velan por las buenas prácticas del trabajo social: la *Association of Social Work Boards* (ASWB) y la *Newfoundland and Labrador Association of Social Workers* (NLASW); quienes han desarrollado unos “Principios éticos” y “Estándares para el uso de la Tecnología en las Prácticas del trabajador social” competentes en las habilidades tecnológicas, práctica ética y herramientas requeridas en tecnologías emergentes (NASW y ASWB, 2005).

Principios éticos que establecen ideales a los que todos los trabajadores sociales deberían aspirar (NASW, 2017, p. 5-6):

- Valor: “Servicio”.
Principio ético: “El objetivo principal de los trabajadores sociales es ayudar a las personas necesitadas y abordar problemas sociales”.
Ayudar a las personas necesitadas por encima del interés profesional propio, incluso mediante una labor de voluntariado sin esperar una retribución económica. Así como abordar los problemas sociales, a través de los conocimientos, valores y habilidades propias del trabajador social, para ayudar a las personas necesitadas y abordar los problemas sociales.

- Valor: “Justicia Social”.
Principio ético: “Los trabajadores sociales desafían la injusticia social”.
Luchar por un cambio social justo y digno, particularmente con y en nombre de personas y grupos vulnerables y oprimidos, a través del conocimiento y sensibilizando sobre la opresión y la diversidad cultural y étnica. A fin de garantizar el acceso a la información, los servicios y los recursos necesarios; igualdad de oportunidades; y participación significativa en la toma de decisiones para todas las personas.
- Valor: “Dignidad y valor de la persona”.
Principio ético: “Los trabajadores sociales respetan la dignidad inherente y el valor de la persona”.
Búsqueda de la autodeterminación y resolución de conflictos entre los intereses de los usuarios y los intereses de la sociedad en general, en consonancia con los valores, principios éticos y estándares éticos de la profesión; teniendo en cuenta los valores inherentes de la persona y velando por su dignidad y sus derechos.
- Valor: “Importancia de las relaciones humanas”.
Principio ético: “Los trabajadores sociales reconocen la importancia central de las relaciones humanas”.
Involucrar a las personas como socios en el proceso de ayuda. Así como fortalecer las relaciones entre los individuos en un esfuerzo deliberado por promover, restaurar, mantener y mejorar el bienestar de las personas, las familias, los grupos sociales, las organizaciones y las comunidades.
- Valor: “Integridad”.
Principio ético: “Los trabajadores sociales se comportan de manera honesta”.
Actuar con honestidad y responsabilidad, así como promover las prácticas éticas por parte de las organizaciones a las que están afiliados.
- Valor: “Competencia”.
Principio ético: “Los trabajadores sociales ejercen dentro de sus áreas de competencia, desarrollan y mejoran su experiencia profesional”.
Aumentar los conocimientos, competencias y habilidades que mejoren el desarrollo y experiencia profesional, a fin de aplicarlos en la práctica profesional.

Estándares para el uso de la Tecnología en la Práctica del trabajo social (NLASW, 2012: 2):

- Standard 1: El uso de la tecnología en la práctica del trabajo social se basa en los valores, la ética y los principios de la profesión del trabajo social.
- Standard 2: Los trabajadores sociales aseguran la capacidad en el uso de la tecnología en el lugar de trabajo y la práctica dentro de su competencia, mientras continúan mejorando sus conocimientos y habilidades.

- Standard 3: Como parte del proceso de consentimiento informado, los trabajadores sociales informan a los/as usuarios/as sobre las tecnologías que se utilizan en la prestación de servicios de trabajo social, incluidos los riesgos y oportunidades inherentes.
- Standard 4: Los trabajadores sociales documentan todas las comunicaciones electrónicas de acuerdo con las políticas de la organización, los estándares éticos y las pautas de mejores prácticas.
- Standard 5: Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de estar al tanto de las cuestiones interjurisdiccionales cuando prestan servicios de terapia o trabajo social utilizando tecnologías electrónicas (es decir, asesoramiento en línea, grupos de apoyo en línea, videoconferencia, etc.).
- Standard 6: Los trabajadores sociales que utilizan enfoques tecnológicos para llevar a cabo investigaciones de trabajo social o para recopilar información/investigación para informar a la práctica, lo hacen de una manera que asegure la credibilidad ética.
- Standard 7: Los trabajadores sociales consideran las cuestiones relacionadas con los conflictos de intereses, las relaciones y límites duales y múltiples en lo que respecta al uso de la tecnología en la práctica.
- Standard 8: Los trabajadores sociales que usan la tecnología para avanzar en temas de justicia social, participan en actividades de promoción y/o participan en acciones políticas, se adhieren a los valores y principios de la profesión del trabajo social.

4.5. Un nuevo reto: el Trabajo Social 3.0

Asistimos a un momento en donde el auge de Internet y el desarrollo tecnológico permiten no sólo la creación de redes sociales, es decir, una “sociabilidad online” o “networking”; sino, también una nueva oportunidad para la profesión del trabajo social en el mundo virtual. Y es que la comunicación humana no sólo necesita de un sentido de comunidad, entendido como un lugar geográfico o grupo de relaciones sociales, sino que, además, requiere de la participación de redes sociales como forma de interacción y de apoyo social.

Es por ello la importancia de la figura o, lo que es lo mismo, la identidad digital del trabajador social y las habilidades que este debe adquirir para su éxito en el mundo virtual.

- Prevenir situaciones problemáticas relacionadas con el individuo en su entorno personal, grupal y comunitario a través de las distintas herramientas digitales que ofrece la Red: foros y grupos de discusión, salas de chats, lista de correo, videochats y videoconferencias, redes sociales, etc.

Oliver Juan Canales

- Elaborar y ejecutar proyectos y/o programas de intervención sociocomunitarios a distancia con el objetivo de dar un mayor alcance, eliminando las barreras espacio-temporales.
- Orientar y dotar de herramientas a aquellos individuos que lo necesiten a fin de que puedan enfrentarse a los distintos problemas sociales, ya sean individuales o colectivos, a través de los distintos servicios y espacios que ofrece la Web.
- Promover y luchar por un mayor compromiso social y gubernamental en políticas sociales más eficientes y justas, así como el establecimiento de servicios sociales y ayudas a aquellas personas afectadas por una ER.

Llegados a este punto, es preciso hacer especial hincapié en los mitos que engloban al Trabajo Social Online. Sobre todo, aquel que “cree” o “piensa” que “los tratamientos y la oferta de servicios profesionales de Trabajo Social en línea no son posibles, ni comparables con el Trabajo Social ‘cara a cara’” (Fenichel et al., 2002, p. 482).

Pues a pesar de la falsa creencia de que los grupos desarrollados en entornos virtuales no han de mostrar grandes diferencias con aquellos que tienen lugar de forma presencial; la realidad demuestra que los nuevos escenarios y las nuevas tecnologías provocan cambios importantes, tanto en estructura como en dinámicas, además de las habilidades y competencias necesarias para coordinarlos y participar en los mismos (Barak, Boniel-Nissim, y Suler, 2008).

En este sentido, las nuevas tecnologías son un instrumento determinante a la hora de construir quién y cómo es una persona, al mismo tiempo que facilitan una comunicación más fluida y proporcionan relaciones múltiples con otros. Por este motivo, sin duda, la Red abre la puerta a un mundo de nuevas posibilidades, en donde cualquiera que se incorpore tiene la posibilidad de conocerse, expresarse e interactuar. En definitiva una manera de multiplicar las relaciones y ampliar las intervenciones sociales a un mayor número de personas, como por ejemplo, aquellas afectadas por las ER.

Así por ejemplo, dentro de la Alianza VHL, parte de la labor del trabajador social consiste en asesorar, orientar y apoyar a los afectados a través de los distintos dispositivos y/o herramientas tecnológicas: teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales (principalmente, Facebook, Twitter e Instagram), boletines anuales informativos, listas de correo, etc. Asimismo, y no menos importante, entre sus tareas se encuentra la búsqueda de fondos en diferentes entidades públicas y privadas para cubrir costosos proyectos de investigación, a día de hoy una tarea muy laboriosa como consecuencia de la crisis y la escasez de publicación de subvenciones. Al mismo tiempo ha de intentar concienciar a la política gubernamental de la importancia que tiene la inversión y las ayudas a la investigación para poder encontrar una cura para la enfermedad que representa.

En consecuencia, el resultado es un aumento de pacientes y familiares que acuden a las redes en busca de ayuda; y, a su vez, una mayor proliferación de redes sociales que comunican, comparten, apoyan y conectan al público con los profesionales de la salud.

Por ello resulta inevitable repensar y reflexionar sobre el compromiso profesional de afrontar los cambios sociales. El trabajador social, como profesional, ha de replantearse incorporar parte de las herramientas online a su práctica profesional. Sin embargo, aunque la metodología online o intervención virtual nunca llegará a reemplazar a la presencial, no podemos obviar las ventajas y todos los recursos que ofrece la Red, como medio de comunicación.

Así pues, se pueden concretar una serie de ventajas e inconvenientes que presentan las intervenciones online (ver Tabla 1).

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de la intervención social online

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Accesibilidad, fluidez y flexibilidad con el usuario.	Problemas de accesibilidad y cobertura técnica, tanto del profesional como del paciente.
Comodidad en el registro y la sistematización de la información obtenida durante todo el proceso de intervención.	Detrimento de comunicación no verbal, complicando la comprensión global del problema.
Profundo análisis del componente verbal, valorado en algunos enfoques e intervenciones.	Obstaculización a la hora de establecer condiciones de empatía que permitan profundizar en problemas ocultos.
Permite estructurar un modelo de intervención patente e introspectivo, donde tanto el usuario como el profesional, cuenten con mayor espacio temporal para la acotación del problema y diagnóstico.	Necesidad de formación especializada en el manejo y uso de las herramientas propias del medio tecnológico, así como su comprensión jurídico-legal.
Ayuda al anonimato y la confidencialidad del usuario a través de Internet.	Obligación de conocer la normativa legal y jurídica del contexto del usuario si la intervención se realiza en contextos geográficos diferentes.
En las últimas fases de intervención, facilita la pérdida de la relación entre usuario y profesional, por la búsqueda de una autonomía integral.	Probables usos ilegales o dolosos tales como: tráfico, usurpación de identidad (phishing), invasión de la privacidad, etc.

Fuente: Elaboración propia.

Las intervenciones comunitarias online, además de ser un desafío para la mayoría de las economías de salud de todo el mundo, son uno de los grandes focos emergentes en los procesos de ayuda; es decir, una necesidad imperante a día de hoy. Pues, el uso tanto de todas las herramientas digitales como de las redes sociales, permite el

intercambio de experiencias y opiniones entre pacientes y profesionales; una vía para poner en común nuestros problemas, al mismo tiempo que nos permite identificarnos con “otros” grupos en nuestra misma situación.

5. CONCLUSIÓN

Más allá del nuevo paradigma social, las emergentes sociedades tecnológicamente avanzadas, existe una realidad a la que hoy en día tenemos que enfrentarnos: el déficit de fondos destinados para la Ciencia e Investigación en aquellos grupos minoritarios, como, en nuestro caso, los afectados por ER o poco frecuentes. Esto puede ser debido a que tan sólo afecta a una determinada parte de la población, 1 de entre 2 000 personas en Europa, según define EURORDIS en un estudio reciente “Sobre las enfermedades raras”, (s.f.); a pesar de que la Comisión Europea en el año 1993 determinase las ER como una prioridad en el marco de actuación en el ámbito de la Salud Pública en la Unión Europea.

Así por ejemplo, los informes publicados por la Confederación de Sociedades Científicas de España (COSCE), nos revelan que desde el año 2009, el Sistema Nacional de Ciencia ha dejado de recibir una gran cantidad de dinero público (Domínguez, 2017). Y es que no hay suficientes fondos destinados en salud pública que faciliten la búsqueda de una cura para este tipo de enfermedades. Ni tampoco programas que promuevan la contratación de personal profesional, que ayude en la elaboración y ejecución de proyectos de intervención para este tipo de grupos y/o comunidades en situaciones de riesgo social, como la figura del trabajador social.

En este sentido, no se puede reducir ni prescindir del capital humano profesional, como investigadores, trabajadores sociales, etc.; sino que se debe hacer especial hincapié en la adquisición de personal que fomente la participación virtual y la inclusión de programas de intervención online, encaminados al crecimiento personal y al desarrollo comunitario de los afectados por ER a todos los niveles.

Asimismo hago un llamamiento a las universidades para que tengan en consideración esta especialidad, las ER, dentro de su oferta educativa, ya que este grupo y/o comunidades de afectados también suponen un riesgo de exclusión social, y muchas veces son “invisibilizados”.

Es por ello que aliento a todas aquellas asociaciones de ER que apuesten por la figura del trabajador social dentro de su equipo multidisciplinar; y a todos aquellos trabajadores sociales, que desconocen las ER les animo a que investiguen en la materia y potencien la necesidad en este tipo de asociaciones de contar con su trabajo y su ciencia para que estas progresen eficientemente. Además de velar por los derechos humanos. La combinación de todas estas propuestas resultará en un avance y propagación imparable del conocimiento de cada patología individual en favor de todos y cada uno de los afectados por las ER en España, y por ende, en el mundo entero.

6. AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la Alianza VHL por haberme permitido realizar esta publicación y, a su vez, facultarme para proporcionar a los afectados la mejor atención posible en cuanto al trabajo y la cuestión social se refiere. A los investigadores del laboratorio CIB 109 del CSIC, que se han implicado durante todos estos años en la búsqueda de una cura para la enfermedad VHL. A los socios y familias que componen la asociación, que día a día se esfuerzan en no parar el motor que mueve la investigación, ni apagar la llama de la esperanza en la búsqueda de una cura para su enfermedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau. (s.f.). Extraído el 14 de febrero, 2018, de <http://www.alianzavhl.org>
- Barak, A., Boniel-Nissim, M., y Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24, 1867-1883. Extraído el 11 de enero, 2018, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563208000198?via%3Dihub>
- Bauman, Z. (2009). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: FCE.
- Bell, D. (1976). *El advenimiento de la sociedad postindustrial*. Madrid: Alianza.
- Carracedo, A. (2018, Febrero 12). Sin investigación, no hay esperanza contra el cáncer. *El País*. Extraído el 15 de febrero, 2018, de https://elpais.com/elpais/2018/02/05/ciencia/1517848584_533805.html
- Castells, M. (1993). *La Era de la Información. Economía, Sociedad y Cultura: La Sociedad Red (1), El Poder de la Identidad (2), Fin de Milenio (3)*. Madrid: Alianza.
- Castells, M. (2006). *La Sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza.
- Colom, D. (2016, Abril 28). Los trabajadores sociales sanitarios y la planificación del alta más de un siglo centrado la atención en la persona. *Trabajo Social Sanitario-Máster UOC*. Extraído el 6 de febrero, 2018, de <http://trabajosocialsanitario.blogs.uoc.edu/2016/04/28/los-trabajadores-sociales-sanitarios-y-la-planificacion-del-alta-mas-de-un-siglo-centrando-la-atencion-en-la-persona/>
- Del Fresno, M., Segado, S., y López, A (2013). *Trabajo Social con Comunidades en el siglo XXI*. Madrid: Universitas.
- Domínguez, N. (2017, Noviembre 27). Las sociedades científicas alertan del colapso del sistema de ciencia. *El País*. Extraído el 8 de febrero, 2018, de http://elpais.com/elpais/2017/11/27/ciencia/1511802754_011938.html
- Durkheim, E. (1982). *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.
- España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 21 de noviembre, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, páginas 41442 a 41458. Extraído el 14 de febrero, 2018, de <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

- España. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de marzo de 2015, núm. 65, pp. 24012-24015. Extraído el 14 de febrero, 2018, de <http://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>
- EUROPA PRESS (2018, Enero 22). Facebook formará a un millón de profesionales europeos en habilidades digitales para el 2020. *El Economista*. Extraído el 8 de febrero, 2018, de <http://www.eleconomista.es/tecnologia/noticias/8883112/01/18/Facebook-formara-a-un-millon-de-profesionales-europeos-en-habilidades-digitales-para-2020.html#>
- EURORDIS (2018, Enero). Enfermedades raras sin diagnóstico. *Eurordis Rare Diseases Europe*. Extraído el 11 de febrero, 2018, de <https://www.eurordis.org/es/content/enfermedades-raras-sin-diagnostico>
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, M.A., Munro, K., Meunier, V., y Walker-Schmucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work. *Cyber-Psychology & Behavior*, 5, 481-497. Extraído el 15 de enero, 2018, de http://www.academia.edu/3658373/Myths_and_Realities_of_Online_Clinical_Work
- Fernández, T., y López, A. (2008). *Trabajo Social Comunitario: Afrontando juntos los desafíos del siglo XXI*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fundación BBVA-Ivie (2017, Marzo 18). La inversión I+D se reduce un 9 % durante la crisis y las autonomías más punteras pierden peso en innovación. *Expansión*. Extraído el 16 de enero, 2018, de <http://www.expansion.com/economia/2017/03/18/58cbc33c46163f13708b45b6.html>
- Huysman, M., y Wulf, V. (2004). *Social Capital and Information Technology*. Massachusetts: The MIT Press.
- IAB-SPAIN (2017). *Estudio Anual Redes Sociales 2017*. Elogia. IAB-SPAIN. Extraído el 16 de enero, 2018, de http://iabspain.es/wp-content/uploads/iab_estudioredes-sociales_2017_vreducida.pdf
- ISCIII (Junio de 2015). Ponencia de Vigilancia Epidemiológica. En A. Mato (Presidencia), Protocolos de la Red Nacional Vigilancia Epidemiológica. Ponencia llevada a cabo en la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Madrid. Extraído el 15 de febrero, 2018, de http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos_renave-ciber.pdf
- Jenkins, H. (2008). *Convergence Culture. La cultura de la convergencia de los medios de comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Lindau A. (1927). Zur Frage der Angiomatosis Retinae und Ihrer Hirncomplication. *Acta Ophthalmol*, 4, 193-226.
- Lonser, Russell R., et al. (2003). Von Hippel-Lindau Disease. *The Lancet*, 361(9374):2059-2067. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13643-4
- Lonser, Russell R., et al. (2004), Tumors of the Endolymphatic Sac in Von Hippel-Lindau

- Disease. *The New England Journal of Medicine*, 350, 2481-2486. doi: 10.1056/NEJMoa040666
- López, A., y Segado, S. (2012). Personas, grupos, sociedades, perspectivas para la intervención social en el siglo XXI. En J. Fombuena (Coord.), *El Trabajo Social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere* (pp. 227-249). Valencia: NauLibres.
- Lytard, J.F. (1984). *La condición postmoderna: informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra.
- Maher E.R., Yates J.R., Harries R. et al. (1990). Clinical features and natural history of Von Hippel-Lindau disease. *The Quarterly journal of medicine*; 77(283): 1151-1163. doi: 10.1093/qjmed/77.2.1151
- Maqueda, A. (2017, Noviembre 28). La inversión I+D sigue perdiendo peso en España pese a la recuperación. *El País*. Extraído el 15 de febrero, 2018, de https://elpais.com/economia/2017/11/28/actualidad/1511866295_065910.html
- Masuda, Y. (1968). *Una introducción a la Sociedad de la Información*. Perikan-Sha: Tokio.
- Masuda, Y. (1980). *La Sociedad de la Información como sociedad post-industrial*. Tokio: Institute for the Information Society.
- Mayo, M.G., y Amigot, B. (2018, Septiembre 15). ¿España se presenta a una simple ralentización o se avecina otra crisis? *El Economista*. Extraído el 15 de septiembre 2018, de <http://www.expansion.com/economia/2018/09/15/5b9b94b6468aeb98238b45ef.html>
- NASW, (2017). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. National Association of Social Workers. Extraído el 5 de febrero, 2018, de <https://socialwork.utexas.edu/dl/files/academic-programs/other/nasw-code-of-ethics.pdf>
- NASW y ASWB (2005). *NASW & ASWB Standards for Technology and Social Work Practice*. National Association of Social Workers & Association of Social Work Boards. Washington, DC. Extraído el 6 de febrero, 2018, de <http://www.aswb.org/wp-content/uploads/2013/10/TechnologySWPractice.pdf>
- NLASW (2012). *Standards for Technology use in social work practice*. Newfoundland & Labrador Association of Social Workers. Extraído el 8 de febrero, 2018, de http://www.nlasw.ca/sites/default/files/inline-files/Standards_For_Technology_Use_In_Social_Work_Practice.pdf
- PatientsLikeMe. (s.f.). Extraído el 12 de noviembre, 2018, de <https://www.patientslike-me.com/>
- Pisani, F., y Piotet, D. (2008). *La alquimia de las multitudes: cómo la Web está cambiando el mundo*. Barcelona: Paidós.
- Plaza, J.A. (2018). La iniciativa FFPaciente organiza el I Congreso de Pacientes Blogueros. *Diario Médico*. Extraído el 20 de enero, 2018, de [14 de septiembre, de https://www.diariomedico.com/salud/las-redes-sociales-hacen-mejores-pacientes-activos.html](https://www.diariomedico.com/salud/las-redes-sociales-hacen-mejores-pacientes-activos.html).
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*, 5(9). MCB University Press. Extraído el 20 de enero, 2018, de <http://www.marcprensky.com/>

- writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf.
- Protocolo DICE APER-Bienvenidos al Protocolo DICE de atención primaria de enfermedades raras. (s.f.). Extraído el 14 de febrero, 2018, de <http://dice-aper.semfyce.es/>
- Reamer, F. G. (2012). *The Digital and Electronic Revolution in Social Work: Rethinking the Meaning of Ethical Practice*. Ethics and Social Welfare. Extraído el 6 de febrero, 2018, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17496535.2012.738694>
- Registro Nacional de Enfermedades Raras. (s.f.). Extraído el 10 de noviembre, 2018, de <https://registoraras.isciii.es/Comun/Inicio.aspx>.
- Richmond, M.E. (2007). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Robles, J.M., Torres, C., y Molina, O. (2010). La brecha digital. Un análisis de las desigualdades tecnológicas en España. *Revista Sistema*, 218, 3-22.
- Rodríguez, L.A., Llorca, L., y Anchundia, V.I. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, abril-junio. Extraído el 20 de enero, 2018, de <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Roldán, R., Aranda, F.M., González, S. (2017). *Impacto de las redes sociales sobre la salud*. 3er. Congreso Internacional de Comunicación en Salud, 3ICHC. Universidad Carlos III de Madrid Extraído el 20 de enero, 2018, de <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/25497>.
- RTVE (2014, Enero 21). Entrevista Dolors Colom. *Para Todos La 2*. Extraído el 8 de febrero, 2018, de <http://www.rtve.es/alacarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-entrevista-dolors-colom/2333010/>
- Sennet, R. (1998). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- SERMO. (s.f.). Extraído el 12 de noviembre, 2018, de <http://www.sermo.com>. Sobre las enfermedades raras. (s.f.). Extraído el 14 de noviembre, 2018, de <https://www.eurordis.org/es/enfermedades-raras>
- Toffler, A., y Toffler, H. (1996). *La creación de una nueva civilización. La política de la tercera ola*. México: Plaza y Janes.
- Unión Europea. Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de octubre de 2013 sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión no 2119/98/CE. Extraído el 14 de febrero, 2018, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013D1082&from=EN>).
- Ventoso, L. (2017, Mayo 19). España, octavo país con mejor sanidad según «The Lancet» y la Fundación Gates. *ABC*. Extraído el 27 de enero, 2018, de http://www.abc.es/sociedad/abci-espana-octavo-pais-mejor-sanidad-segun-lancet-y-fundacion-gates-201705191304_noticia.html.
- VHL. (2009). *Informe la enfermedad rara de von Hippel-Lindau*. Alianza Von Hippel-Lindau. Extraído el 15 de febrero, 2018, de <http://www.alianzavhl.org/archivos/la-enfermedad-rara-de-vhl.pdf>
- Villar, K. (2008). *Manual de la enfermedad de von Hippel-Lindau*. Madrid: Artes Gráficas Palermo S.L.

- Villar, K. (2011). *Enfermedad de von Hippel-Lindau. Guía Básica para profesionales de la salud*. Ciudad Real: Lince Artes Gráficas.
- Von Hippel E. (1904). Ber eine sehr alte Erkrankung der Netzhaut. *Albrecht von Graefes Arch Ophthalmol*, 59, 83–106.
- Wijnroks, M. (2017, Mayo 31). Invertir en salud para protegernos y crecer. *El País*. Extraído el 15 de febrero, 2018, de https://elpais.com/elpais/2017/05/30/planeta_futuro/1496138983_344146.html).

TRABAJO SOCIAL CON MENORES SANCIONADOS POR CONSUMO DE CANNABIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDENCIAS DE TORREJÓN DE ARDOZ

SOCIAL WORK WITH MINORS SANCTIONED FOR CANNABIS CONSUMPTION TREATED IN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDENCIAS IN TORREJÓN DE ARDOZ

Antonio Jiménez Fernández
CAID. Torrejón de Ardoz. Madrid. España

Resumen: Este trabajo recoge el análisis de la intervención desde el trabajo social realizada con menores sancionados por consumo de cannabis, que han acudido al Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de Torrejón de Ardoz, desde julio de 2015 hasta octubre de 2017, con el objeto de conocer su realidad social, la situación familiar y la evolución en el proceso terapéutico de cada uno de ellos.

Palabras Clave: Trabajo Social, Menor, Familia, Cannabis, Sanción Administrativa.

Abstract: This work includes the analysis of the intervention from social work carried out with minors sanctioned for cannabis use, who have attended the Integrated Center for Drug Addiction–Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) in Torrejón de Ardoz, from July 2015 to October 2017, in order to know their social reality, their family situation and the evolution in their therapeutic process of each of them.

Keywords: Social Work, Under Age, Family, Cannabis, Administrative Sanction.

| Recibido: 23/11/2018 | Revisado: 22/12/2018 | Aceptado: 21/01/2019 | Publicado: 30/01/2019 |

Correspondencia: Antonio Jiménez Fernández. Trabajador social. CAID. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.
Email: ajimenez@movistar.es.

Referencia normalizada: Jiménez Fernández, A. (2019). Trabajo social con menores sancionados por consumo de cannabis atendidos en el Centro de Atención Integral de drogodependencias de Torrejón de Ardoz. *Trabajo Social Hoy*, 86, 93-120. doi: 10.12960/TSH.2019.0006

1. PRESENTACIÓN

Este artículo trata sobre la atención a menores consumidores/as de cannabis atendidos en el Centro de Atención Integral a Drogodependencias (en adelante, CAID) donde se desarrollan, entre otras muchas, laborales relacionadas con el trabajo social, en atención a este colectivo. Es una realidad vigente y actual, ya que a raíz de que son sancionados por la autoridad competente por el consumo o tenencia de esta sustancia en la vía pública, estos/as menores acuden acompañados de sus progenitores, en su mayoría, madres, solicitando sustituir la multa correspondiente por el tratamiento en el centro.

Este trabajo recoge el análisis de la intervención desde el trabajo social realizada con menores sancionados por consumo de cannabis, que han acudido al CAID de Torrejón de Ardoz del 1 de julio de 2015 (fecha en que entra en vigor la nueva Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana) hasta octubre de 2017, con el objeto de conocer su realidad social, la situación familiar y la evolución en el proceso terapéutico de cada uno/a de ellos/as.

Para ello, el trabajo consistirá en dos partes diferenciadas: una más teórica, en la que se recogen los objetivos de este trabajo, la justificación del tema y el marco teórico que incluye unos conceptos básicos en referencia al cannabis, una introducción a la intervención en trabajo social, y algunas leyes más destacables en materia de drogodependencias y sanciones administrativas, tanto de ámbito nacional como de ámbito autonómico; y una segunda parte más práctica, donde se recogen datos reales de los/as menores que acuden al dispositivo, a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas dentro de las citas programadas en el departamento de trabajo social, con los/as menores y sus familiares. Para finalizar se incluyen unas conclusiones y las recomendaciones para futuras investigaciones.

2. INTRODUCCIÓN

España se encuentra entre los países con mayor tasa de consumidores/as jóvenes de cannabis. Según Marta Torres, profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y directora del programa de Adicciones del Hospital del Mar, en una entrevista concedida al diario El País el pasado 2 de Mayo de 2016 (Torres, 2016) el sistema nervioso central en los adolescentes es más vulnerable a sufrir alteraciones en su estructura y conexiones neuronales por la introducción de sustancias exógenas como el cannabis. No se trata solo de pérdidas de concentración y de memoria que afectan al aprendizaje, deterioro cognitivo, falta de reflejos y alteraciones de capacidad motora, sino el riesgo de sufrir brotes psicóticos y –en casos de predisposición genética– esquizofrenia. “La posibilidad de desarrollar psicosis funcional

y esquizofrenia es más alta en aquellos/as que tienen una vulnerabilidad previa, y el cannabis es un disparador...”. Esta profesora señala que la eliminación del cannabis entre los/as jóvenes podría conllevar una reducción del 8 % de la incidencia de la esquizofrenia en la población. El mensaje que habría que transmitir a los/as jóvenes es, si van a consumir cannabis que lo hagan lo más tarde posible, cuando su cerebro ya esté desarrollado para evitar males mayores.

Según el informe sobre drogas 2017 realizado por del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017, p. 5), en España la prevalencia del consumo de sustancias ilegales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años: aproximadamente un tercio de los adultos admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilegal. El cannabis, seguido de la cocaína, es la droga más habitual, cuyo consumo se concentra principalmente entre los/as adolescentes y los adultos menores de 35 años. Aunque los últimos datos disponibles de la encuesta de 2015 en población general confirman que la prevalencia del consumo de ambas sustancias se ha reducido en los últimos diez años, los niveles asociados al cannabis y la cocaína en España siguen siendo superiores a otros países de la Unión Europea.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha realizado un estudio sobre el comportamiento del adolescente (*Health Behaviour in School-aged Children, 2013-2014*) y sitúa a los/as adolescentes españoles entre los que más consumen cannabis.

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 2015) del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 2015 en España se iniciaron en el cannabis 146 200 estudiantes de 14 a 18 años y de ellos/as 53 000 escolares hacen un consumo problemático. Los varones consumidores se sitúan por encima de las mujeres.

Señalar que la gran permisividad que se viene observando en los últimos años en nuestra sociedad, con respecto a que el cannabis es algo casi inocuo, también se percibe entre los/as adolescentes. La realidad es que uno de los efectos más graves es que el cannabis puede producir adicción y aumenta el riesgo de caer en sustancias aún más peligrosas o sufrir una enfermedad mental.

Algunas de las consecuencias del consumo de cannabis entre los más jóvenes puede ser el trastorno en el conocimiento, la adicción, síndrome amotivacional, que como señala Lorenzo (2009, p. 340) se caracteriza por una clínica subdepresiva –apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo en el que la indiferencia predomina sobre la tristeza, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, etc.–, cambios de carácter, esquizofrenia, somnolencia, complicaciones físicas, tanto en el sistema respiratorio, como en el cardiovascular, y otros.

Antonio Jiménez

A nivel de la población general, el consumo de cannabis crece ligeramente en España ya que hasta el 7,3 % de la población de entre 15 y 64 años, afirma haberlo fumado en el último mes. Según el artículo del diario El Mundo en su sección de Ciencia y Salud (Diario El Mundo, 2017), el perfil del consumidor de cannabis es de un hombre (74 %), de entre 15 y 34 años (60 %) y que consume una media de 2,5 porros al día, que en el 90 % de los casos se hacen mezclados con tabaco.

Los últimos datos estadísticos que obran en el municipio de Torrejón de Ardoz, en relación a jóvenes consumidores de cannabis, corresponde al II Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz 2012-2015 (2012, p. 44), que reseña lo preocupante del 22,82 % de jóvenes que tiene un consumo problemático de esta sustancia.

Es por todo ello que merece la pena dedicar esfuerzos al análisis y reflexión sobre este tema, que cada vez afecta a más jóvenes del mundo, y por supuesto también a más jóvenes de España.

Este consumo abusivo de drogas tiene un enorme impacto social, lo que implica un deterioro de la salud pública y del bienestar colectivo (expansión de patologías y enfermedades, aumento de la inseguridad ciudadana), así como numerosos problemas sociales para los sujetos consumidores y su entorno inmediato (problemas familiares, fracaso y/o exclusión del sistema escolar, problemas laborales, problemas de exclusión y/o marginación social...), (Gutiérrez, 2007, p. 182). Tanto afecta a la sociedad en general, que es necesaria la intervención del trabajo social en este fenómeno de las drogodependencias.

2.1. Definición de cannabis y efectos en el organismo

Las preparaciones de la planta *Cannabis Sativa* (marihuana) han sido utilizadas con fines medicinales y/o recreativos desde hace mucho tiempo y por diversos tipos de culturas (Lorenzo, 2009, p. 303).

Lorenzo (2009, p. 303) señala que el cannabis se encuentra actualmente entre las tres drogas más utilizadas, junto con alcohol y tabaco, siendo habitual su consumo junto con el de otras drogas.

Como señala la página web consultada del Plan Nacional sobre Drogas (2018), el cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis Sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el *Tetrahydrocannabinol* o THC, que se encuentra en diferentes pro-

porciones según el preparado utilizado: Marihuana (obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos), Hachís (elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra), y el Aceite de Hachís (resina de hachís disuelta y concentrada).

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros. Cuando se consume cannabis se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial, y se alteran muchas de las funciones que desarrolla.

Lorenzo (2009, p. 319) indica que el sistema endocannabinoide desempeña un papel modulador en diferentes procesos fisiológicos, principalmente en el cerebro, aunque también en los sistemas inmune y cardiovascular y, de forma menos clara, a nivel del metabolismo energético y a nivel endocrino.

Tras el consumo, se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos a largo plazo (Plan Nacional sobre Drogas, 2018):

- Problemas de memoria y aprendizaje.
- Peores resultados académicos.
- Abandono prematuro de los estudios.
- Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Trastornos del ritmo cardíaco (arritmias).
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

De manera similar, Lorenzo (2009, p. 320-324) describe los efectos farmacológicos de los cannabinoideos: efectos conductuales, efectos sobre el sistema endocrino, efectos sobre la reproducción y efectos en la descendencia.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2018), todo consumo implica un riesgo pero este es mayor en algunas circunstancias. Concretamente, durante la adolescencia, el cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El inicio temprano en el consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro, con más dificultad para dejar de consumir, con problemas de rendimiento escolar y con el abandono prematuro de los estudios.

2.2. La intervención social en drogodependencias

A la hora de intervenir en drogodependencias es necesario realizar una intervención integral con diferentes profesionales para poder desarrollar un trabajo interdisciplinar. Como señala el nuevo Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021 (2017, p. 63), se considera la interdisciplinariedad en adicciones como base de un proceso capaz de enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean estos específicos de las diferentes disciplinas, como comunes a todas ellas.

Se trata, por lo tanto, de aunar las aportaciones de cada profesional de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas sino que se articulen en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada persona y situación en cada momento del proceso, mediante un sistema de evaluación continua y teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto (Plan Adicciones, 2017, p. 63).

El consumo de drogas constituye en la actualidad un grave problema de salud pública, como revela Lorenzo, y entendiendo este concepto en un sentido amplio, que incluye no sólo aspectos estrictamente sanitarios sino, también, aquellos otros que se refieren al bienestar personal de los/as afectados/as y que tienen repercusiones de todo tipo en sus familias y en la sociedad en general (Lorenzo, 2009, p. 687).

Como señala Gutiérrez (2007, p. 171) es importante trabajar con un equipo multidisciplinar en el cual profesionales que abarquen varias ramas del conocimiento puedan implementar sus labores profesionales juntos, con el fin de poder observar y analizar los hechos desde ángulos variados para que, de esta forma, podamos contar con puntos de vista distintos y cada profesional brinde sus conocimientos. El objetivo del trabajo en equipo es unificar criterios de actuación, enriquecer la intervención individual y crear una nueva forma de trabajo para atender las necesidades de los participantes de un modo eficaz (Gutiérrez, 2007, p. 172).

En función de las áreas de intervención será necesaria la participación de los diferentes profesionales con sus respectivos conocimientos académicos:

Tabla 1: Profesionales de la intervención por áreas

Área	Preparación académica
Sanitaria	Médico/a, DUE, Psicólogo/a, Maestro/a
Dirección/Coordinación/ Gestión	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a
Gestión/Administración	Administrativo/a
Incorporación Social	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a
Psico-social Incorporación socio-laboral	Psicólogo/a, Médico/a, Monitores de Talleres, Educador/a, Técnico/a de Empleo, Trabajador/a Social.
Formación	Técnico de Oficios, Educador/a, Psicólogo/a, Pedagogo/a, Maestro/a.
Empresas de Inserción	Gerente, Tutor/a Laboral, Técnicos de Producción, Oficiales, Administrativo/a.

Fuente: Gutiérrez, 2007: 178.

Visto el alto consumo entre adolescentes y jóvenes, se necesitan intervenciones selectivas, dirigidas a los grupos que presentan una mayor vulnerabilidad.

Existe evidencia de que los/as jóvenes tienen la creencia de que el cannabis no es una droga tan adictiva ni peligrosa como las demás drogas (Menghrajani et al., 2005 citado por Morell-Gomis, 2017). Es más, el cannabis es frecuentemente considerado un símbolo de individualidad y la decisión de consumir es percibida como voluntaria o de libre elección (Megías y Rodríguez, 2016 citado por Morell-Gomis, 2017). Estas creencias distorsionadas son las que pueden impulsar una actitud favorable hacia el cannabis, y por ende, el uso y abuso de esta sustancia.

Existen teorías para intentar realizar una modificación de actitudes mediante intervenciones no directivas, Morell-Gomis (2017, p. 22), cita la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), en la que se asume que los individuos son capaces de aprender por interacción en su medio social, por observación de modelos. La mayoría de comportamientos están influenciados de forma deliberada o involuntaria por la observación de los otros. Por ejemplo, si un individuo observa que otro realiza un determinado comportamiento y recibe un premio u otra recompensa positiva, es probable que el individuo realice dicho comportamiento.

Desde la psicología social se ha investigado la influencia del tipo de modelo en el aprendizaje social o conocido como impacto social (Latané, 1981; Sedikides y Jackson, 1990, citados por Morell-Gomis, 2017). Estas teorías postulan que los modelos con más poder y los más parecidos o próximos al influenciado tienen mayor poder de persuasión.

En cuanto al trabajo social, considera el problema de la drogadicción en una gravedad máxima (Jiménez, 2016). Hay que matizar ante la afirmación que “la drogadicción es una enfermedad” ya que no puede emplearse como justificación de la comprensión, por no decir la “aceptación social” de la droga, así como para disculpar al drogadicto. Su gravedad no estriba sólo en sus deletéreos efectos sobre la salud del/de la paciente, y sobre su personalidad, su carácter, su vida laboral, económica, sexual, familiar, social, etc., sino, sobre todo, en la dificultad de su curación, si esta se consigue, pues exige esfuerzos sobrehumanos y una constante y heroica ayuda familiar, social y principalmente profesional, con el consiguiente coste, que no todo el mundo puede soportar.

El trabajo social se ha tenido que implicar crecientemente en el tratamiento de la drogadicción y no sólo ocupándose de los drogadictos, sino también de sus familias, siempre tan afectadas, a las que hay que ayudar a comprender el problema, a apaciguar miedos, ansiedades y sentimientos de culpa, a solidificar la unidad familiar y a aprender cómo dar apoyo y prestar ayuda al drogadicto (Jiménez, 2016).

El aumento exponencial de los drogadictos en los últimos años y el progresivo descenso de la edad en que los adolescentes empiezan a drogarse están afianzando la convicción de que estos últimos no se drogan tanto por razones personales, como por motivos sociales, esto es, por esos falsos valores que les ha inculcado la sociedad en la que viven, como son el hedonismo desenfrenado, el presentismo, la obtención del máximo placer aquí y ahora, el “carpe diem” (“exprime el día”) horaciano, desdeñando toda posible consecuencia a medio y largo plazo, etc. A estos obstáculos se añaden la presunción del “control” y las “medias verdades” de general aceptación, como las que hacen hincapié en la “dosis” o en la “enfermedad” (Jiménez, 2016, p. 57).

En referencia al concepto de modelo en trabajo social, señalar que integra todos los aspectos que forman parte de una intervención social: los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una determinada forma de llevar a cabo la práctica profesional.

Los modelos son constructos humanos, son producto de la racionalidad humana. En el campo de las ciencias sociales, la construcción de modelos y su sometimiento a la experimentación, como se hace en física o en otras disciplinas, es más delicada. Los fenómenos sociales, sobre todo los que tienen que ver con los procesos de cambio, como

es el caso del trabajo social, no pueden adaptarse a modelos donde su validez depende de que los datos se puedan ajustar a una línea recta, al uso de algunas constantes matemáticas, como se hace en física (Viscarret, citado por Jiménez, 2016: p. 300).

La meta profesional, a nivel social fundamentalmente, es conseguir la integración social como proceso (Plan Adicciones, 2017, p. 65): la integración social de las personas con un problema de adicciones se considera un objetivo fundamental a conseguir a través del proceso de intervención con el fin de lograr que la persona afectada recupere progresivamente una función en la sociedad positiva y activa utilizando, con criterios de equidad y normalización, todos aquellos recursos que la comunidad pone a su alcance.

Siguiendo con el Plan de Acciones de la ciudad de Madrid, en él se señala que si bien teóricamente, la integración social y laboral suele considerarse como una etapa o fase muy diferenciada del resto de tratamiento, en la práctica resulta imposible separar ambos procesos que pueden y muchas veces deben ser simultáneos o paralelos. El logro de objetivos a lo largo del proceso de atención refuerza la integración social y viceversa.

Por tanto, para lograr la recuperación e integración social de las personas afectadas por un problema de adicción, será necesario desarrollar estrategias de acción dirigidas a potenciar la colaboración e implicación de otras áreas municipales así como de organismos o entidades tanto de la Administración Pública como de la iniciativa privada o empresarial.

La intervención social que se realiza en el CAID de Torrejón de Ardoz sigue el Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones (2012) de la ciudad de Madrid, atendiendo a las áreas de trabajo: salud, consumo, familia, relaciones sociales, formación y empleo, y ocio.

A continuación se relacionan las actuaciones realizadas por el/la trabajador/a social, según los objetivos de cada área de intervención:

Tabla 2: Áreas, Objetivos y Actuaciones del Trabajador Social

Áreas	Objetivos	Actuaciones
Área de Salud	Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas	<p>Información y orientación sobre expectativas de tratamiento.</p> <p>Establecimiento de un vínculo terapéutico.</p> <p>Asesoramiento sobre posibles recursos a utilizar.</p> <p>Refuerzo del papel de la familia.</p> <p>Recepción y elaboración de informes.</p> <p>Coordinación entre las partes intervinientes en el proceso terapéutico.</p>
Área de Consumo	Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo	<p>Dar apoyo y contención.</p> <p>Motivación al paciente para su implicación en el tratamiento y para el cambio.</p> <p>Seguimiento y refuerzo de resultados positivos en controles toxicológicos.</p> <p>Dar pautas para el cambio de hábitos de relación social.</p> <p>Orientación y asesoramiento acerca de los recursos sociales.</p>
Área de Familia	Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el usuario	<p>Apoyo en la elaboración de nuevos discursos que favorezcan diferentes interacciones entre los miembros de la familia.</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda pensar en posibles respuestas alternativas que mejoren sus vidas partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar.</p> <p>Apoyo a las familias para incrementar su motivación a la hora de participar activamente en las actividades propuestas por el equipo terapéutico.</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda afrontar las diferentes situaciones críticas de manera cohesionada y adaptativa.</p>
Área de Relaciones Sociales	Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables	<p>Valoración junto con el usuario de su red social y de sus posibles riesgos o potencialidades, así como de la existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo.</p> <p>Información, orientación y asesoramiento sobre actividades normalizadas facilitadoras de las relaciones sociales.</p> <p>Coordinación con los recursos comunitarios para favorecer el acceso.</p>
Área de Formación y Empleo	Conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuados, satisfactorios y estables	<p>Análisis y valoración de inquietudes e intereses formativo-laborales.</p> <p>Asesoramiento al usuario para que identifique y exprese sus intereses con un proyecto definido.</p> <p>Análisis, junto con el usuario, de sus potencialidades y dificultades, de cara a su inserción laboral.</p>
Área de Ocio	Lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable	<p>Valoración de la capacidad del usuario para desarrollar un ocio saludable.</p> <p>Apoyo y orientación para que el paciente identifique sus aficiones e intereses en el ámbito del ocio y tiempo libre.</p>

Fuente: Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones (2012) de la ciudad de Madrid.

2.3. Legislación

En este apartado se señalan algunas de las leyes más destacables en materia de drogodependencias y en materia de sanciones administrativas al respecto, tanto de ámbito nacional como de ámbito autonómico. Se indican por orden cronológico:

- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
- Decreto 125/2017, de 17 de octubre, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud.

3. OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes;

- Conocer el perfil social de los menores consumidores de cannabis que son atendidos en el CAID de Torrejón de Ardoz de 2015 a 2017.
- Analizar el desarrollo del proceso de atención social de los menores consumidores de cannabis, que acuden al CAID de Torrejón de Ardoz entre 2015 y 2017.

4. METODOLOGÍA

En la tarea cotidiana del trabajador social se han utilizado los datos referentes a los menores consumidores de cannabis durante el periodo de julio de 2015, fecha en que entra en vigor la nueva Ley de Protección Ciudadana (Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana), hasta octubre de 2017.

Se han revisado las historias sociales, documentalmente recogidas en los expedientes del CAID de Torrejón de Ardoz.

Posteriormente, y a la vez que se han ido realizando los seguimientos sociales de cada uno de los/as menores participantes en este estudio, se han recogido los datos y toda la información relevante en las entrevistas realizadas en profundidad.

Antonio Jiménez

Como se señala en el siguiente punto del análisis del estudio, han sido atendidos 35 jóvenes cuya problemática era el consumo de cannabis y que habían sido sancionados por ello, por la autoridad competente.

Con todo ello se ha realizado un análisis descriptivo con datos cuantitativos y cualitativos, que ha permitido elaborar diferentes gráficos con el objeto de mostrar con mayor detalle el perfil del menor consumidor sancionado por consumo de cannabis en el municipio de Torrejón de Ardoz.

Para finalizar, se recogen unas conclusiones que permiten observar tanto el perfil social, como el proceso de atención social de los jóvenes entrevistados; y se señalan unas recomendaciones para futuras investigaciones.

5. RESULTADOS

El análisis que a continuación se detalla es el reflejo de la realidad propia del Departamento de Trabajo Social del CAID de Torrejón de Ardoz. Se recoge de manera pormenorizada el detalle de los/as menores que han sido atendidos por el trabajador social de dicho centro y que han sido sancionados por consumo o tenencia de cannabis en la vía pública.

Tras el análisis de las historias sociales y las diferentes entrevistas en profundidad realizadas a las personas atendidas se observa que la motivación, en la mayoría de las ocasiones, no es por un motivo interno y personal, sino que el principal motivo de someterse a tratamiento es la presión familiar y/o presión económica que implica no querer pagar la correspondiente multa.

Frases como:

“Vengo a que me quiten la multa”.

“Yo no quiero dejar de consumir, pero mi madre me obliga a venir porque no quiere pagar la multa”.

“Cuándo me quitáis la multa. Yo ya he venido a solicitarlo”.

Hay que tener en cuenta que, legalmente, ningún menor es responsable económico, por lo que dicha responsabilidad económica recae sobre los padres y/o tutores/as legales. Este motivo, puede hacer que, en ocasiones, los menores, no sientan que tienen que hacer “nada”, ya que hagan lo que hagan, los responsables del pago de la sanción son los padres.

Es cuestión de educación familiar, el implicar al joven en asumir la responsabilidad, y aunque no es el sujeto responsable a nivel económico, sí que lo es a nivel perso-

nal, dado que el que tenía la sustancia o la consumía en la vía pública era él y no los padres. Desde esa educación, la familia debería implicarse en someter al menor a la realización de una actividad doméstica o familiar que le comprometa, y por tanto que le responsabilice.

Lo habitual es que una vez que los padres se han informado de la forma de proceder para la sustitución de la sanción administrativa por el tratamiento en el CAID, firmen el consentimiento informado y los correspondientes documentos de protección de datos para que el/la menor inicie el proceso de tratamiento lo antes posible.

La dinámica en el CAID de Torrejón de Ardoz, similar al de los demás CAID de la Comunidad de Madrid, y es que una vez que los padres están informados, el menor, junto con al menos uno de ellos, acuda a la entrevista de acogida realizada por un enfermero/a. En esta primera cita se le informará en qué consiste el tratamiento y los profesionales a los que tendrá que ver (médico, psicólogo y trabajador social), dando las correspondientes citas programadas con estos profesionales.

Dado que no es el objeto de estudio de este trabajo, no se entrará en el análisis de las intervenciones realizadas por parte del médico y del psicólogo, aunque ya se ha mencionado que toda intervención profesional supone la interdisciplinariedad en el proceso de tratamiento.

Normalmente, el siguiente profesional que atiende al menor junto a su familia, después del enfermero, es el trabajador social.

En la primera entrevista, se intenta realizar un trabajo de empatizar y vincularse con el /la menor, ya que en este primer contacto, está prácticamente en juego el éxito o el fracaso de la intervención social que se lleve a cabo en el futuro.

Es importante establecer un buen vínculo con el menor, y hacerle protagonista de su proceso, dejando en un segundo plano a los padres que, aunque son de gran relevancia, quien tiene que someterse al proceso terapéutico es el joven.

La recogida de datos personales, administrativos, sanitarios, formativos y de convivencia familiar se suele realizar en esa primera entrevista con el fin de adquirir la mayor información del menor y su entorno. Esto hará que se pueda conocer de mejor manera la situación personal y familiar del menor, destacando siempre los intereses personales y lo que realmente le importa en su vida.

Entre la primera y tercera entrevista, el/la trabajador/a social se ha podido hacer una buena composición de lugar del/de la menor, de la familia y del entorno social que vive.

Antonio Jiménez

En posteriores entrevistas se va realizando el seguimiento social del menor en coordinación con el resto de profesionales del CAID. Los objetivos y actuaciones de las entrevistas que realiza el/la trabajador/a social han quedado recogidos en el apartado de la intervención social en drogodependencias.

Seguidamente se detallan los datos más significativos recogidos en las entrevistas, que permitirán elaborar un plan de intervención social individualizado para ayudar al /a la menor en la reducción y abandono del consumo de cannabis.

En el periodo comprendido entre julio de 2015 y octubre de 2017 han sido atendidos 35 menores de edad sancionados por consumo y/o tenencia de cannabis en la vía pública.

Las características más significativas de estos menores son las siguientes:

5.1. Sexo

Como se puede observar en el Gráfico 1, la gran mayoría son chicos: han acudido 33 chicos y 2 chicas, lo que en términos porcentuales son 94 % (hombres) y 6 % (mujeres).

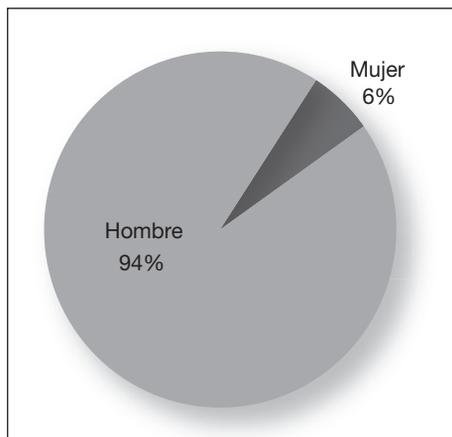


Gráfico 1. Sexo.

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Edad

Con respecto a sus edades, en el Gráfico 2, se observa que, la mayoría tienen 17 años de edad.

Señalar que los tres jóvenes de 18 años han cumplido la mayoría de edad durante el proceso de tratamiento. Como estos datos están recogidos para el periodo comprendido de julio de 2015 a octubre de 2017, en octubre de 2017, estos jóvenes ya habían cumplido la mayoría de edad, aunque iniciaron el proceso de tratamiento siendo menores.

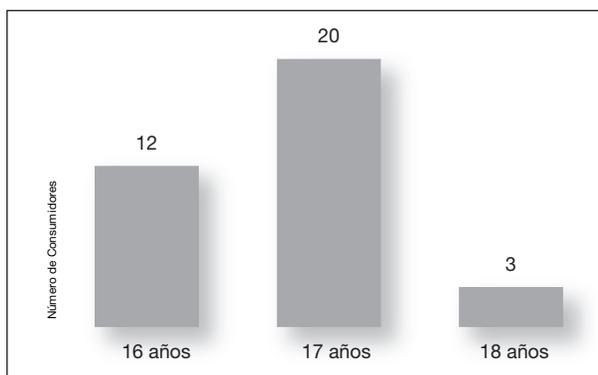


Gráfico 2: Edad.

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Nacionalidad

Conocer el dato de la nacionalidad (Gráfico 3) merece especial interés, ya que existen notables diferencias entre ser español y ser inmigrante. Para los jóvenes inmigrantes, las consecuencias del proceso migratorio realizado por sus padres han implicado una serie de renuncias y de efectos en los que los jóvenes no han decidido y, en la mayoría de los casos, no se ha contado con ellos/as a la hora de cambiar de país.

El proceso vital, por tanto, de un/a menor nacido en España con padres españoles no es igual que el vivido por los menores que vienen acompañados de sus padres, y que no han decidido en ningún momento su viaje. Destacar que en las entrevistas realizadas estos/as menores mencionan que han tenido dificultades en los cambios de centros educativos para adaptarse, en algunos casos, incluso al idioma, y todos han tenido que renunciar y han dejado a sus amigos y grupo de iguales en el país de origen, perdiendo un importante vínculo en cuanto a pertenencia e identidad.

Antonio Jiménez

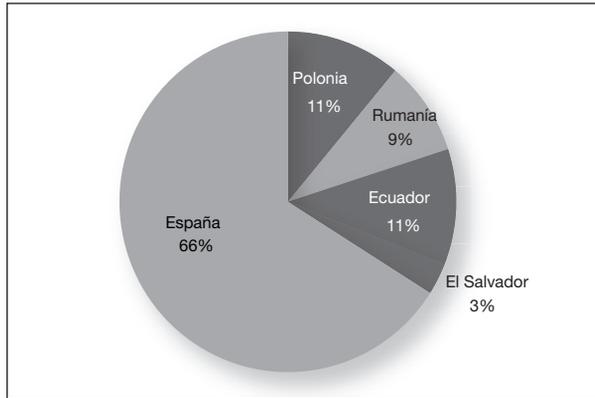


Gráfico 3. Nacionalidad.

Fuente: Elaboración propia.

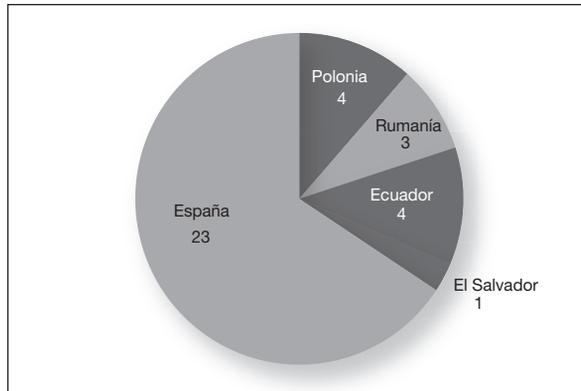


Gráfico 3-bis. Nacionalidad.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 permite observar tanto el número de jóvenes como el porcentaje de cada una de las nacionalidades detalladas en los gráficos anteriores:

Tabla 3. Nacionalidad

	Número	Porcentaje
Ecuador	4	11 %
El Salvador	1	3 %
España	23	66 %
Polonia	4	11 %
Rumanía	3	9 %

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Estudios

En cuanto a los estudios realizados (Ver Gráfico 4), en estas edades, los/as jóvenes ya deberían haber finalizado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.), pero la realidad es que tan solo 13 de los 35 jóvenes participantes de este estudio la han finalizado y, del resto (22), 18 han abandonado los estudios sin finalizar por tanto la ESO y sin incorporarse a ninguna actividad formativa alternativa. Tan solo 4 han optado por una Formación Profesional en distintas ramas. De los adolescentes que abandonaron los estudios, menos de la mitad han conseguido sus primeros contactos laborales en trabajos muy precarios, en su mayoría, sin reunir las condiciones básicas de protección en la Seguridad Social, siendo en su mayoría trabajos esporádicos de duración muy limitada, en economía sumergida y a través de amigos o conocidos.

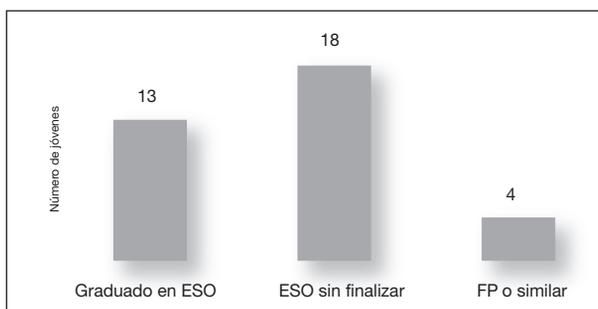


Gráfico 4: Estudios.

Fuente: *Elaboración propia.*

5.5. Entorno social

En este análisis es importante conocer el entorno social del/de la menor y saber si el grupo de iguales está vinculado también al consumo. En un principio la sospecha es que sí, y los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad realizadas confirman dicha sospecha (Ver Gráfico 5):

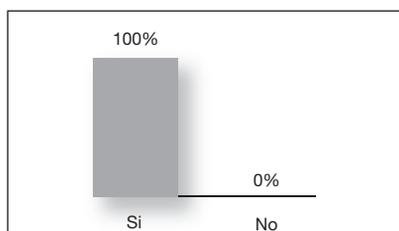


Gráfico 5. Amigos consumidores.

Fuente: *Elaboración propia.*

El 100 % de los/as menores entrevistados asegura que su grupo de iguales, sus amigos/as, también consumen sustancias tóxicas, en su mayoría cannabis, aunque también mencionan el consumo de alcohol y contacto inicial con otras drogas.

Según indica ADES (2011, p. 19), “el ejercicio regular siempre ha sido recomendado por los profesionales de la salud para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida, pero puede significar mucho más cuando se trata de la recuperación en la adicción a sustancias”.

Esta publicación señala que “en general, la actividad física y el deporte, no sólo producen una mejora del estado físico de la persona sino también puede generar efectos positivos como la mejora de la autoimagen y una sensación de bienestar. Asimismo, diversos estudios corroboran que el ejercicio físico, regular y controlado, es una estrategia que permite una disminución de la ansiedad y una mejora del estado de ánimo” (ADES, 2011, p. 19)

ADES añade que “las actividades deportivas fomentan también, el espíritu de equipo, la conciencia de una meta común y el aprendizaje en la necesidad de trabajar para conseguir objetivos a medio y a largo plazo. La práctica deportiva enseña a controlar la impulsividad y el juego permite sopesar las consecuencias de una acción y tomar decisiones” (2011, p. 20).

Resulta significativo que la práctica del deporte puede ser un factor de protección en cuanto al consumo de cannabis. Numerosos estudios e investigaciones mencionan que la realización de alguna actividad deportiva favorece el retraso de consumo de tóxicos.

Uno de los problemas más graves a los que se enfrenta la sociedad actual resulta ser el consumo de drogas por parte de la población infantil y juvenil. La práctica deportiva puede actuar como factor de prevención del consumo; se la considera como uno de los hábitos más representativos de un estilo de vida saludable. Usán y Salavera (2017), en su estudio, analizan la relación e influencia de la motivación hacia la práctica deportiva en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis de adolescentes deportistas escolares. Los resultados desprenden influencias significativas de motivaciones intrínsecas, extrínsecas y falta de motivación en las diferentes prevalencias de consumo en unos patrones de comportamiento más o menos autodeterminados y adaptativos.

El objetivo de esa investigación (Usán y Salavera, 2017) era analizar la relación e influencia de la motivación deportiva en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en deportistas adolescentes escolares. De este modo, se planteaba la existencia de relaciones significativas entre mayores motivaciones intrínsecas y menores consumos de alcohol, tabaco y cannabis en una línea más de conductas más autodeterminada. La

motivación de los adolescentes influye y desempeña una labor relevante sobre las conductas de consumo, por lo que resulta fundamental atender a ella para la prevención e intervención del consumo en aras de una mayor adherencia y disfrute de la actividad físico-deportiva.

Se confirma, también entre los adolescentes que han participado en este trabajo (ver Tabla 4), que la mayoría de ellos (un 71 %), no realiza ningún tipo de actividad deportiva, argumentando que prefieren estar relajados en el sofá de casa o jugando con dispositivos móviles, ordenadores..., que no implican movimiento ni esfuerzo físico; frente a un 29 % que sí lo hace, practicando normalmente, fútbol, ejercicios de musculación o *street workout* (que es un movimiento sociodeportivo que se basa en entrenar en la calle, usualmente en parques y espacios públicos usando el propio cuerpo y el entorno).

Tabla 4. Deporte

Practican deporte	Nº. de Menores	Porcentaje
Si	10	29 %
No	25	71 %

Fuente: Elaboración propia.

De manera gráfica los datos son los siguientes:

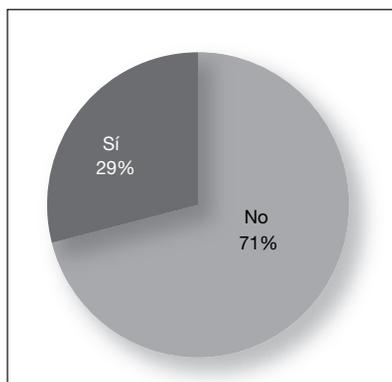


Gráfico 6. Deporte.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al consumo de otras sustancias tóxicas, en su mayoría los entrevistados no reconocen haber tenido contacto con otras drogas, salvo el alcohol y el tabaco, y resulta significativo mencionar que un 66 % de los entrevistados consideran ser consumidores habituales de alcohol (ver Gráfico 7), siendo su consumo durante los fines de semana y en el contexto lúdico de "botellón", y no consideran que sea un consumo

perjudicial, ya que refieren que no les incapacita para mantener sus actividades cotidianas, y por tanto, sin tener ningún problema asociado a dicho consumo, y además, verbalizando “*que lo hace todo el mundo*”.

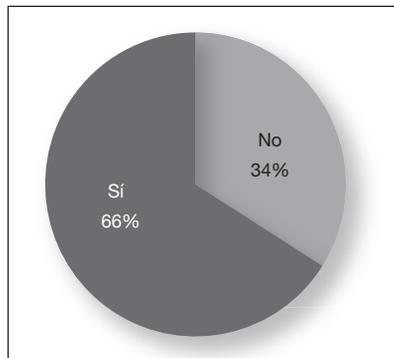


Gráfico 7. Consumo de Alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

5.6. Situación familiar

Si el entorno social del menor es importante, aunque aquí se mencionen tan solo unas breves pinceladas, el entorno familiar es meramente fundamental, ya que la base educativa y la socialización primaria del menor pasa necesariamente por el contacto familiar.

Como señalan Iglesias y Ayuso (2007, p. 23), “la red familiar es básica para ayudar en tareas relacionadas con la crianza de los/as hijos/as, hacer frente al cuidado de los/as ancianos/as, como sustento a las situaciones de paro prolongado, para asumir las consecuencias de los casos de droga y de enfermedades como el sida, para la atención a los/as enfermos/as y, en gran medida, es la que realiza el apoyo a los/as hogares con menores donde la mujer se ha incorporado al trabajo extradoméstico. Incluso las instituciones hospitalarias funcionan, en gran parte, por la red de apoyos y cuidados que los familiares suministran a los internados”.

Aunque el análisis familiar de los/as menores consumidores/as de cannabis podría ser objeto de otro estudio exclusivo, a continuación solo se detalla el dato del estado civil de los progenitores (separados o viudos). Aunque, el dato de “padres separados” y “padres no separados”, de este estudio está muy equiparado, como se puede observar en el gráfico y tabla adjunta (Gráfico 8), dieciséis menores tienen padres separados que junto con otros dos menores cuyos padres fallecieron hacen un total de 18 menores que suelen convivir con solo uno de los progenitores.

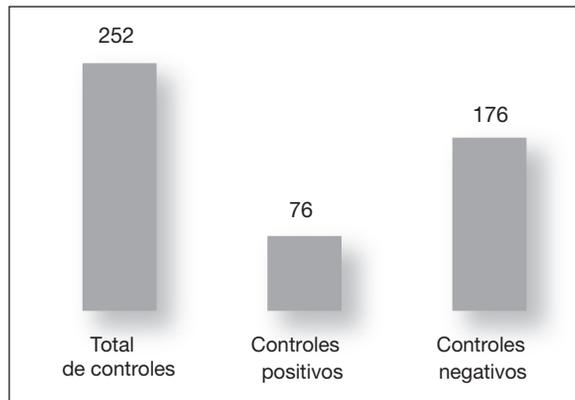


Gráfico 8: Situación Familiar.

Fuente: Elaboración propia.

Según estudios realizados, muchas de las líneas de investigación dirigidas al estudio del consumo de drogas están intentando determinar la posible contribución de la familia tanto en el inicio como en el mantenimiento del mismo (Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001). Según se recoge en este artículo, muchos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar, como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse, podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo futuro de tóxicos por parte de los/as hijos/as.

Destacar que, además de la estructura y composición familiar, la disciplina familiar y las relaciones afectivas y comunicación, también pueden influir en el consumo. La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión (Brook et al., 1990; Pons, Berjano y García, 1996 citado por Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001), y por la sobreimplicación maternal en las actividades de los/as hijos/as (Recio et al., 1992 citado por Muñoz-Rivas y Graña-López, 2001), parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo/a correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta.

5.7. Controles toxicológicos

A continuación se detallan en la Tabla 5, los controles toxicológicos de orina realizados. Se muestra el número de sanciones, el número de controles y el número de los que son positivos y /o negativos.

Tabla 5: Controles Toxicológicos de orina realizados

Identificador Número de Sanciones	Número de Controles	Positivos	Negativos	
1	1	7	4	3
2	1	12	1	11
3	1	0	0	0
4	2	0	0	0
5	1	5	0	5
6	3	10	8	2
7	1	9	0	9
8	1	0	0	0
9	1	9	0	9
10	1	2	2	0
11	1	12	0	12
12	1	9	0	9
13	1	12	1	11
14	1	8	0	8
15	2	7	3	4
16	1	8	7	1
17	1	6	5	1
18	1	1	0	1
19	1	2	1	1
20	1	7	4	3
21	1	12	2	10
22	1	12	1	11
23	1	11	1	10
24	1	5	1	4
25	1	6	4	2
26	1	8	5	3
27	1	0	0	0
28	1	11	4	7
29	3	12	2	10
30	1	7	3	4
31	2	6	5	1
32	1	5	3	2
33	1	10	4	6
34	1	12	3	9
35	1	9	2	7
		252	76	176

Fuente: Elaboración propia.

En esta Tabla (5), a cada usuario/a, se le asigna un número (identificador), con objeto de mantener el anonimato de cada joven.

En su mayoría cada joven acude al CAID con una sanción administrativa, salvo en el caso de cinco de ellos, a los que se les ha impuesto: dos sanciones a tres jóvenes, y tres sanciones a dos jóvenes. La explicación de esta acumulación de sanciones es porque a estos jóvenes se les ha intervenido policialmente, en esas ocasiones que se señalan.

Mientras las intervenciones policiales se hayan producido antes de haber iniciado el proceso terapéutico en el CAID, procede el sometimiento al tratamiento para que le sean sustituidas las dos o tres sanciones que tienen impuestas, en un mismo y único proceso terapéutico.

Los controles toxicológicos se suele indicar que sean realizados por los/as jóvenes cada quince días aproximadamente, ya que el THC (<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>), principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50 %. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.

Los/as jóvenes de este estudio han realizado 252 controles toxicológicos, de los cuales, 76 han resultado ser positivos a la sustancia analizada (cannabis), y 176 han sido negativos (ver Gráfico 9).

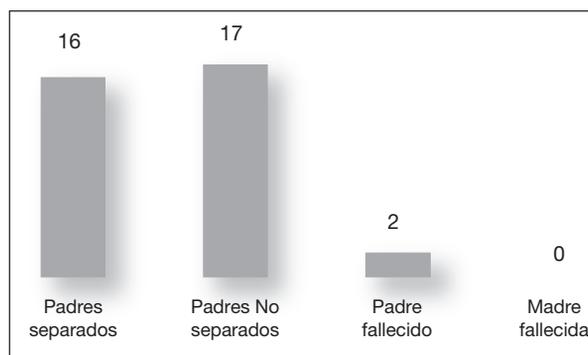


Gráfico 9: Controles Toxicológicos Realizados.

Fuente: Elaboración propia.

Si se realiza un análisis pormenorizado de estos resultados, se observa (Ver Tabla 5) que 4 de los jóvenes (los números 3, 4, 8 y 27 de la tabla) no han realizado ningún control toxicológico de orina, debido a que manifiestan y reconocen que mantienen el consumo en los momentos en que se han realizado las entrevistas, por lo que el profesional de referencia considera que no procede la realización de dichos controles si se sabe a ciencia cierta que el resultado será positivo.

En la observación de los resultados de los controles toxicológicos que han realizado los jóvenes se puede confirmar que al menos doce de ellos (los números 2, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 22, 23 y 24) obtienen una evolución favorable, ya que desde el primer control realizado o desde el segundo el resultado ya es negativo; es decir, que estos/as jóvenes ya están manifestando abstinencia al cannabis en su proceso.

En el lado opuesto, nos encontramos que hay once jóvenes (los número 1, 6, 10, 15, 16, 17, 20, 25, 26, 28, y 31) entre los que, por el contrario, los controles toxicológicos con resultado positivo son mayoritarios a los negativos. Terapéuticamente se argumenta este resultado como que estos jóvenes están teniendo más dificultades en obtener la abstinencia por diferentes razones; en unas ocasiones es posible que sea porque no están concienciados al 100 % del abandono del consumo, y en otras ocasiones no es que no estén concienciados, sino que su entorno familiar y/o social no les es favorable para dejar el consumo. Son estos jóvenes los que pueden necesitar una intervención más intensiva y realizar un mayor trabajo con ellos. Para ello, se suele incidir más en la importancia de las citas individualizadas con los diferentes profesionales, y desde el trabajo social se insiste en tomar conciencia de la situación que vive el/la joven y observar qué opciones se pueden revisar a la hora de que se encuentre una alternativa al consumo del cannabis.

6. CONCLUSIONES

Tras realizar este estudio se puede concluir en las siguientes líneas un determinado perfil social de los/as menores entrevistados/as, y observar su desarrollo del proceso de atención social.

En cuanto al perfil de los/as menores entrevistados, se ajusta a las siguientes características:

- Son varones. El 94 % de los/as jóvenes atendidos son chicos, y tan solo el 6 % son chicas.
- De 17 años de edad (20 jóvenes de los 35 entrevistados).
- Son de nacionalidad española (60 %).
- No han finalizado los estudios en su mayoría (18 jóvenes), pero es significativo que 13 sí habían finalizado la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), y 4, eligieron estudiar una profesión en alguna rama de la Formación Profesional (FP).

- El entorno social del menor se ubica en un entorno predispuesto al consumo de cannabis, ya que de los datos obtenidos, el 100 % de los jóvenes entrevistados se mueven con un grupo de iguales también de consumidores, tanto de cannabis como también de alcohol.
- No son deportistas en su mayoría, ya que tan solo el 29 % practica algún deporte, frente a un 71 % que no tiene ninguna actividad deportiva.
- Con respecto a la situación familiar, el estudio recoge que 17 jóvenes viven con ambos progenitores, lo que refleja cierta estabilidad familiar, al garantizar con ello ciertos ingresos económicos, ya que si no los dos, al menos uno de los padres, trabaja, aunque no exista una opulencia económica en ninguno de los casos analizados. Es importante el dato de 16 jóvenes cuyos padres están separados, y que sumando otros 2 jóvenes cuyo padre falleció, tenemos que 18 jóvenes viven con un solo progenitor. Esta situación genera cierta inestabilidad, además de la emocional, en el hogar familiar, ya que además del cuidado de los/as menores es necesario tiempos de ausencia en casa, por parte del padre o de la madre, para poder ir a trabajar.

En cuanto a la *demonstración de abstinencia* a través de los controles toxicológicos de orina se observa un abanico de ambivalencia que va desde los que inician el proceso estando ya abstinentes, como aquellos que requieren de más tiempo y de una intervención más intensa a la hora de conseguir dicha abstinencia. Actualmente todos los jóvenes atendidos están en tratamiento, pero se podría aventurar que los que realizan ya los controles toxicológicos negativos van a finalizar su proceso con el alta terapéutica. Realizando una estimación con estos datos, se podría señalar que, 13 jóvenes obtendrían el alta terapéutica, y resulta difícil estimar el número de abandonos de los jóvenes en el proceso porque el hecho de que todavía obtengan resultados positivos en los controles solo significa que el riesgo del abandono es mayor, pero no tiene por qué ser el resultado final.

Y en cuanto a su *desarrollo del proceso de atención social*, señalar que la estancia media en el tratamiento es de un año aproximadamente, oscilando entre un mínimo de seis meses, que implica una abstinencia absoluta desde el primer control toxicológico de orina realizado, y año y medio, e incluso algún joven puede permanecer hasta dos años. Los resultados de estos últimos podrían indicar un posible abandono en el proceso, ya que al permanecer mucho tiempo sin resultados negativos en los controles, los jóvenes podrían abandonarlo. Durante todo el desarrollo del tratamiento, en cuanto a la parte social se refiere, como se ha explicado en páginas anteriores, se realiza el seguimiento con entrevistas y contactos telefónicos, a la vez que coordinaciones con otras entidades sociales para favorecer la integración de los/as menores.

Para finalizar, destacar una noticia publicada en la prensa española el pasado mes de octubre de 2017 (Young, 2017), en donde se señalaba que Islandia sabía cómo acabar con las drogas entre adolescentes. El artículo relata que en Islandia, la relación entre

la ciudadanía y el Estado ha permitido que un eficaz programa nacional reduzca las tasas de abuso del tabaco y alcohol entre adolescentes y, de paso, ha unido más a las familias y ha contribuido a que los/as jóvenes sean más sanos en todos los sentidos. La forma de proceder se detalla a continuación: “Las leyes cambiaron. Se penalizó la compra de tabaco por menores de 18 años y la de alcohol por menores de 20, y se prohibió la publicidad de ambas sustancias. Se reforzaron los vínculos entre los padres y los centros de enseñanza mediante organizaciones de madres y padres que se debía crear por ley en todos los centros junto con consejos escolares con representación de los padres. Se instó a estos últimos a asistir a las charlas sobre la importancia de pasar mucho tiempo con sus hijos/as en lugar de dedicarles “tiempo de calidad” esporádicamente, así como a hablar con ellos de sus vidas, conocer a sus amistades, y a que se quedasen en casa por la noche. Asimismo, se aprobó una ley que prohibía que los adolescentes de entre 13 y 16 años saliesen más tarde de las 10 en invierno y de medianoche en verano. La norma sigue vigente en la actualidad”.

Trabajos semejantes se han realizado en España, pero no parece que se obtenga el mismo resultado, ya que la crítica al respecto indica que no se pueden comparar las mismas circunstancias entre ambos países (Islandia y España), ya que ni la cultura, ni la climatología, ni los espacios cerrados y abiertos son similares en los dos países.

7. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Con la finalización de este trabajo no se agota la investigación social en el futuro, refiriéndose al tema planteado, y cabe realizar otras propuestas entorno a ello, tales como:

- Realizar un análisis comparativo entre diferentes periodos de tiempo con el fin de ver la evolución en el proceso de tratamiento de los pacientes.
- Hacer un estudio comparativo con otras profesiones y destacar las diferencias y los puntos en común para intensificar el trabajo en equipo y favorecer un trabajo integral más favorable al paciente.
- Realizar un análisis similar en otros CAIDs de la Comunidad de Madrid con el fin de contrastar la información para observar si existen o no diferencias en cuanto al perfil social analizado en este trabajo.
- Realizar una comparativa entre el consumo de cannabis (analizado en este trabajo) con el consumo de alcohol y otras drogas entre los mismos pacientes estudiados en este trabajo.
- Realizar un estudio de la intervención familiar realizada pormenorizada, incluyendo información por parte de los progenitores de los menores consumidores.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADES, Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. (2011). *Actividad Físico-Deportiva en el Tratamiento de las Drogodependencias*. Madrid.
- DECRETO 125/2017, de 17 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de Agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, B.O.C.M. núm 249 (2017).
- ESTUDES. (2015). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias de España 2014-2015*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Iglesias, J., y Ayuso, L. (2007). *Permanencia y cambio en la familia española del siglo XXI en Intervención Social con familias*. (Director: Francisco Gómez Gómez). Madrid. Ed. McGraw-Hill – Interamericana de España, S.A.U.
- Inchley J., et al., Eds. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 7*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 5136 1.
- Jiménez, A. (2011). *Las funciones del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Torrejón de Ardoz*. Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz. Documento no publicado (uso interno).
- Jiménez, A. (2016). *El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense. Madrid.
- LEY 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, BOE núm 176. (2002).
- LEY ORGÁNICA 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, BOE núm 77. (2015).
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Morell-Gomis, R.; Lloret Irlés, D.; Moriano León, J. (2016). Pasa la vida. Prevención selectiva del consumo de cannabis entre adolescentes. *Metamorfosis*, 5, 20-31.
- Muñoz-Rivas, M., y Graña-López, J.L. (2001) Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- REAL DECRETO 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas, BOE núm 172. (1993).
- Madrid Salud. (2017). *Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2017-2021*. Madrid:

Antonio Jiménez

- Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Salud, Seguridad y Emergencias. O.A. Madrid Salud. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
- II Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz (2012-2015).
- Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. (2012). Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Medio Ambiente, Seguridad y Movilidad. Organismo Autónomo Madrid Salud. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid.
- Usán, P., y Salavera, C. (2017) Influencia de la motivación hacia el deporte en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 119-131.
- Viscarret, J. (2009). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. En T. Fernández García (coord.). *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-342). Madrid: Alianza.

Enlaces (páginas web):

- “Los devastadores efectos del cannabis en los jóvenes” (2015, marzo 16). Diario El Correo. Salud. Edición Bizkaia. (Página web consultada el 18 de septiembre de 2017).
- “Sube el consumo de cannabis en España” (2017, mayo 26). Diario El Mundo. Ciencia y Salud. (<http://www.elmundo.com> consultada el 18 de septiembre de 2017).
- Plan Nacional sobre Drogas (2018). *Información sobre drogas y otras conductas adictivas. Cannabis*. Recuperado 27 diciembre 2018, de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
- Torres, M. (2016, Mayo 2). Marihuana: Adolescentes enganchados al cannabis. Diario El País. (<http://www.elpais.com> consultada el 18 de Septiembre de 2017).
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017), Informe del país sobre drogas 2017 – España – Recuperado 27 diciembre 2018, de http://publications.europa.eu/resource/cellar/a727fa89-57bd-11e7-a5ca-01aa75ed71a1.0002.03/DOC_1
- Young, E. (2017, octubre 7). Islandia sabe cómo acabar con las drogas entre adolescentes, pero el resto del mundo no escucha. *El País*, sección ciencia. Recuperado 9 octubre 2017, de https://elpais.com/elpais/2017/10/02/ciencia/1506960239_668613.html

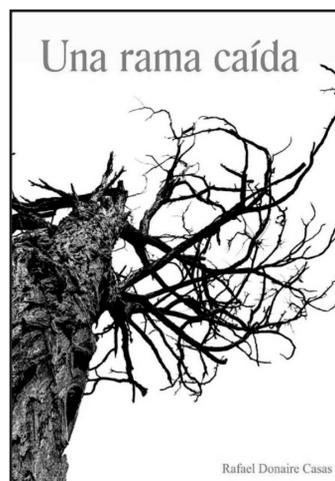
Título del libro: UNA RAMA CAÍDA

Book title: A FALLEN BRANCH

Autor: Rafael Donaire Casas

Páginas: 197

ISBN: 1521832315



Reseña realizada por Ana García Montero
(Vocal de la Junta de Gobierno COTS-Madrid)

Sinopsis:

“Afortunadamente no recuerdo muchas cosas de mi niñez, pero algunas sí que me acuerdo. Tengo grabadas en mi memoria las peleas entre mis padres, cómo mi padre golpeaba a mi madre, cómo esta resistía al principio y cómo le suplicaba después para que dejase de pegarla, cómo mi hermano procuraba tranquilizarme mientras yo lloraba agazapado detrás del sillón del salón... No sé cuánto tiempo real duraban esas peleas, pero a mí se me hacían eternas. Estaba seguro de que la mataría y este pensamiento se convirtió en una obsesión durante mi infancia. Me preguntaba con ansiedad qué sería de mis hermanos y de mí cuando ella muriera, quién cuidaría de nosotros. Tal vez nuestro padre quisiera matarnos a mi hermano y a mí también después de matarla a ella. Vivía aterrorizado por estos pensamientos”.

Esta novela narra una historia familiar marcada por la violencia de género, desarrollada en el seno de una familia de un céntrico barrio de Madrid en los años ochenta.

Isabel desde su niñez carga con los estereotipos de género y las decisiones que se toman en función de estos. Tras una infancia y adolescencia difícil, esta mujer pronto se casa con Francisco con quien tendrá dos hijos.

A lo largo de su vida, Isabel y sus hijos, Francisco y Álvaro, sufren y hacen lo que consideran mejor para sobrevivir a los malos tratos. Se mezclan episodios de dolor, abusos, con otros de ilusiones, sueños y lucha. Es una historia emotiva, de silencio y sufrimiento de puertas para adentro.

Ana García Montero

El escritor pone la mirada y relata de manera especial la situación de los hijos que sufren de manera constante la violencia en la que se ven inmersos. En ellos se refleja miedo, aislamiento, inseguridad, desprotección, falta de afecto, etc., que se traduce en un daño que, sin duda, va a influir en su desarrollo psicosocial y afectivo.

Su lectura no deja indiferente, cala, cuestiona, invita a la reflexión y a la acción, y posiciona al lector en el no juzgar.

Es una novela recomendable a cualquier persona porque sensibiliza, enseña y entrena en la empatía; y por supuesto de interés a los y las profesionales de la ayuda porque nos lleva a analizar y evaluar la violencia de género en todas sus dimensiones, efectos y contexto.

Colegio Oficial Trabajo Social Madrid (2018)

“LA HISTORIA SOCIAL, HERRAMIENTA DEL TRABAJO SOCIAL”

Han participado en la elaboración de este documento las personas miembros de la Comisión Temporal de Historia Social (2018) y de la Junta de Gobierno:

Patricia Bezunartea Barrio.	Colegiada 25-3046
Agustina Crespo Valencia.	Colegiada 25-957
Rosa Fernández del Rey.	Colegiada 25-3479
Alejandro Gonzalo López Pérez.	Colegiado 25-5876
Nuria Macarrón Ureña.	Colegiada 25-5506
Eva Martín Sans.	Colegiada 25-2086
María Menéndez Palomo.	Colegiada 25-7337
Belén Novillo García.	Colegiada 25-5870
Paula Torreadrado Boal.	Colegiada 25-1556
Mar Ureña Campaña.	Colegiada 25-5478

Este documento ha sido aprobado en Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid con fecha 21 de noviembre de 2018.

Junta de Gobierno:

Decana:	Mar Ureña Campaña
Vicedecano I:	Daniel Gil Martorell
Vicedecana II:	Gema Gallardo Pérez
Secretaria:	Agustina Crespo Valencia
Tesorera:	Marta Cubero García
Vocales:	Ana García Montero
	Alejandro Gonzalo López Pérez
	Laura Ponce de León Romero
	Belén Novillo García
	José María Regalado López
	María Menéndez Palomo

INTRODUCCIÓN

Aclaraciones sobre el concepto de Historia Social

En el Código Deontológico del Trabajo Social, aprobado de forma unánime por Asamblea General Extraordinaria el día 9 de junio de 2012, queda definida la Historia Social como uno de los instrumentos específicos del trabajo social: *“Documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación”*.

Por tanto, la historia social es un instrumento exclusivo del trabajo social y está presente en todos los ámbitos de ejercicio donde está presente el/la trabajador/a social: servicios sociales, sanidad, administración de justicia y atención a víctimas, ámbito educativo,... y más allá de cómo se preste el servicio: como profesional autónomo/a prestador/a de servicios, o como trabajador/a social en ejercicio por cuenta ajena como empleado/a público o en el ámbito privado (mercantil o tercer sector).

A su vez, varias Comunidades Autónomas (como por ejemplo Asturias, Galicia y Castilla-León) han ido avanzando en la (necesaria) regulación del conjunto de datos, valoraciones, informaciones y evolución de la atención social de las personas usuarias del sistema de servicios sociales. Todas ellas la han denominado Historia Social o Historia Social Única.

Desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid (en adelante COTS-Madrid) consideramos que esa situación es en parte lógica por la centralidad histórica de la figura del/la trabajador/a social en el sistema de servicios sociales que ha generado un “desplazamiento” de la denominación de Historia Social a todo el “histórico” de la persona en el sistema de servicios sociales. Podemos analizar lo que consideramos puede ser un caso similar: partiendo históricamente del proceso de la historia “médica”, en la actualidad la historia clínica¹ se define como el *“conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”*.

Incorpora *“La identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”*.

¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

También define la Ley 41/2001 la centralidad del médico con la figura del médico responsable como el *“profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”*.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid (en adelante CM) la “historia” del sistema de servicios sociales no se ha regulado (más allá de las instrucciones² de la ya extinta Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, de gran interés y que supuso un gran referente). Sí prevé la Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2017-2021 aprobada en Consejo de Gobierno el 11/10/2016, en su eje III, en su medida 109 la *“Implantación de la Historia Social Integrada y el Registro Social, en coordinación con la Red de Atención Primaria, Especializada y Hospitalaria, con el fin de detectar situaciones de vulnerabilidad y de riesgo de exclusión en los Servicios de Salud”*.

Desde la aprobación de la estrategia no se ha tenido constancia de avance en la regulación sobre la cuestión, no obstante, en septiembre de 2017 se presentó la “Tarjeta Historia Social” de la Comunidad de Madrid. A través de su página web, la CM informa de que la Tarjeta Historia Social³ permite a la ciudadanía acceder a la consulta de ayudas y prestaciones que perciben de servicios sociales, educación, empleo y vivienda, asimilando exclusivamente el concepto de Historia Social con registro “de ayudas y servicios sociales que perciben los ciudadanos” como dice textualmente la Web de la CM refiriéndose al registro de prestaciones económicas/utilización de recursos.

Por tanto y concluyendo, en relación con el concepto Historia Social consideramos que podemos distinguir en el momento actual:

- La Historia Social como instrumento propio y exclusivo del trabajo social: Todos/as los/las profesionales asistenciales “historian”. El instrumento específico de los/as trabajadores/as sociales es la “Historia Social”, así como su dictamen técnico es el “Informe Social”.

² Recomendación 1/2005, de 5 de agosto, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre Archivo, Uso y Custodia de la Documentación que compone la Historia Social no informatizada por parte de los Centros Públicos de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y Recomendación 1/2008, de 14 de abril, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre el Tratamiento de Datos Personales en los Servicios Sociales de la Administración de la Comunidad de Madrid y en los Servicios Sociales de los Entes Locales de la Comunidad de Madrid (ya derogadas por la desaparición de la Agencia).

³ <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/tarjeta-historia-social>

- La Historia Social como denominación del sistema de información y documentación del sistema de servicios sociales: con el desarrollo del sistema público de Servicios Sociales, diversas Comunidades Autónomas (competentes en Servicios Sociales) han regulado los sistemas de información y documentación del sistema de servicios sociales bajo la denominación de “Historia Social”. Esta denominación procede de la centralidad histórica del trabajo social en el sistema y su papel de profesional de referencia. En ningún momento obvia la multiprofesionalidad del sistema y de la necesaria identificación de la intervención de cada profesional. En la CM no ha existido regulación en esta materia.
- La denominación dada por Comunidad de Madrid como Historia Social o “Tarjeta-Historia Social” desde 2017, al “conjunto de ayudas y servicios sociales que perciben los ciudadanos de la Comunidad de Madrid”, que no cuenta con regulación alguna y que, a juicio del COTS-Madrid, parte de una definición claramente equivocada.

Objetivos de este documento

Partiendo de los tres niveles señalados en el punto anterior, y a raíz de la denominación como “tarjeta-historia social” utilizada por la Comunidad de Madrid y expuesta anteriormente, la Junta de Gobierno del COTS-Madrid acordó, en fecha 7 de noviembre de 2017, constituir una Comisión para el estudio y reflexión sobre la Historia Social. Este documento establece los siguientes objetivos:

- Ratificar la historia social como la denominación del instrumento de historia del trabajador/a social.
- Hacer aportaciones al necesario proyecto en la Comunidad de Madrid de “Historia Social” como denominación extensa referida a la historia de los usuarios/as del Sistema Público de Servicios Sociales.
- Argumentar el papel del trabajador/a social –ya reconocido como profesional de referencia de la atención primaria– como profesional responsable en relación al sistema de información y documentación (historia social).
- Instar al necesario cambio de denominación de lo que la Comunidad de Madrid presenta en la actualidad como “Historia Social” o Tarjeta-historia Social”.
- Finalmente se recogen algunas recomendaciones generales sobre la configuración de las políticas sociales desde la motivación de que el avance en los sistemas de información es importante, pero deben enmarcarse en un avance integral del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Por tanto el documento, tras enmarcar la definición de historia social como instrumento específico del trabajo social, se centra en la reflexión de la historia social como sistema de información y documentación del sistema de servicios sociales y el papel central de los/las trabajadores/as sociales en él, con especial incidencia en la Atención Social Primaria donde son profesionales de referencia, para finalizar con recomendaciones generales sobre la configuración de las políticas sociales y unas conclusiones en relación a los objetivos señalados.

Definición de Historia Social

En el Código Deontológico del Trabajo Social, aprobado de forma unánime por Asamblea General Extraordinaria el día 9 de junio de 2012, queda definida la Historia Social como uno de los instrumentos específicos del trabajo social ⁴.

Algunas Comunidades Autónomas, como por ejemplo Castilla y León, Galicia o Asturias, han desarrollado normativas específicas en esta materia, regulando la creación, el uso y el acceso a la Historia Social (en su acepción de conjunto de datos, valoraciones, informaciones y evolución de la atención social de las personas usuarias del sistema de servicios sociales).

La Historia Social será individual, de la persona usuaria, y podrá incluir información de la unidad de convivencia, siempre y cuando esta información sea relevante para la Intervención Social de la persona.

La Historia Social debe cumplir con los siguientes requisitos:

- De confidencialidad, de acuerdo con el Código Deontológico del trabajo social y con la legislación vigente.
- Incluirá datos relevantes y significativos para el proceso de acompañamiento y apoyo personalizado y evitará todos aquellos que no aporten valor a la intervención. En este sentido, es responsabilidad de la/el profesional del trabajo social mantener la historia actualizada en todo momento.
- La información recogida en la Historia Social debe ser pertinente, fundamentada en criterios técnicos y valoraciones profesionales y redactada de una manera adecuada, que recoja fielmente los hechos y el diagnóstico social del/de la profesional y que respete la dignidad y los derechos de la persona concernida.

Definición de Tarjeta Social

En el preámbulo de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la CM, dice *“También como novedad se crea, en este Capítulo, la Tarjeta Social, que se extenderá a todos los ciudadanos, con el fin de que se puedan identificar a sí mismos como potenciales usuarios de los servicios sociales, reforzando de este modo el carácter de universalidad del sistema público”*. En su articulado queda desarrollado:

Artículo 26. Tarjeta social

1. Las personas incluidas en el campo de aplicación de esta Ley, referidas en el artículo 10, recibirán una tarjeta social que les identificará como titulares de los derechos que

⁴ Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código Deontológico del Trabajo Social.

en la misma se reconocen. En ella figurará el nombre y dirección del Centro de Servicios Sociales que le corresponda.

2. Reglamentariamente se establecerán las medidas oportunas para la implantación generalizada de esta tarjeta.

La CM no ha reglamentado la Tarjeta Social. A esta situación, se une una confusión de conceptos (Historia Social, Tarjeta Social, Historia Social Integrada...), que pone de manifiesto la necesidad de definir y diferenciar conceptos y objetivos de cada terminología.

En este sentido, el COTS-Madrid ha mantenido diversas reuniones y elaborado escritos, con objeto de aportar referencias técnicas y profesionales⁵.

La Tarjeta Social debe ser un instrumento que recoja datos contemplados en la Historia Social siempre que estos sean beneficiosos para el/la ciudadano/a y posibilite que la Administración Pública sea más accesible, eficaz y eficiente al interesado/a.

La propia Estrategia de Inclusión Social de la CM, aprobada en Consejo de Gobierno el 11/10/2016, prevé en su eje III, en las mejoras organizativas, la implantación de la Historia Social Integrada:

“109. Implantación de la Historia Social Integrada y el Registro Social, en coordinación con la Red de Atención Primaria, Especializada y Hospitalaria, con el fin de detectar situaciones de vulnerabilidad y de riesgo de exclusión en los Servicios de Salud”.

Introduce otros términos “historia social integrada y registro social”, que consideramos tienen que ver con la posibilidad de integrar los datos sociales de diferentes ámbitos de la vida de las personas y unificar registros que puedan ser vinculantes, de forma consensuada e integrada, que permita la consulta, facilite la intervención sociosanitaria con procedimientos comunes dentro de un modelo biopsicosocial integrado.

Ambos conceptos no son equiparables conceptual ni técnicamente. Podríamos decir que hay una extrapolación de términos: la historia social responde al instrumento del trabajo social reconocido en el código deontológico de la intervención y la tarjeta social al registro, recursos y ayudas a los que está accediendo el/la ciudadano/a para abordar o facilitar la intervención psicosocial desde el ejercicio profesional del trabajo social. Hoy en día, la CM a través de su página web, informa de la creación de la Tarjeta Historia Social⁶. La ciudadanía puede acceder a la consulta de ayudas y prestaciones

5 “El Colegio expresa su preocupación por la nueva “Tarjeta Social” de la Comunidad de Madrid” (20/09/2017) http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2017/1315/el-colegio-expresa-su-preocupacion-por-la-nueva-tarjeta-social-de-la-comunidad-de-madrid#.W_6lnqdDmfU y “Sobre la Carta de Derechos Sociales de la Comunidad de Madrid” (5/09/2017) http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2017/1309/sobre-la-carta-de-derechos-sociales-de-la-comunidad-de-madrid-#.W_6JmZnkjOQ

6 <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/tarjeta-historia-social>

que perciben de servicios sociales, educación, empleo y vivienda, asimilando exclusivamente el concepto de Historia Social con registro (de ayudas) de prestaciones económicas/recursos aplicados en la intervención social. Las prestaciones (ayudas) contenidas en esta tarjeta/historia social del ciudadano/a son un total de 39, convirtiendo a dicho registro de prestaciones en un “resumen” de “Prescripciones Sociales” que terminológicamente se confunden con la Historia Social.

Recomendaciones para la Historia Social

Consideramos que es de carácter imperativo, urgente y necesaria la implantación de la Historia Social Electrónica, frente al vacío existente en el momento actual (en la CM con respecto a otras Comunidades Autónomas).

Se deben de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones sobre la revisión de términos y aplicación eficiente.

- I. La Historia Social en Atención Social Primaria, es un instrumento que debe garantizar la calidad en la atención a las personas que acuden a los servicios sociales, no es un fin en sí misma. Por ello, debe contemplar la necesaria flexibilidad que tienen los propios procesos de desarrollo de las personas, que nunca son lineales. La titularidad es de la persona, pero se incluye a su unidad familiar de convivencia cuando así lo motive el objeto de la intervención y acepten las personas interesadas. Debe registrar datos personales, familiares, sanitarios, educativos, económicos, judiciales, relacionales y de contexto, así como la demanda, el diagnóstico social, la planificación para la intervención y la evaluación. Sería una parte del expediente que puede incluir otros documentos.
- II. La Historia Social Única deberá reflejar de forma veraz y actualizada toda la información relevante en el proceso de la intervención social sobre la persona usuaria e incluirá, sus datos identificativos, así como las valoraciones, intervenciones, seguimiento y evaluación, realizados por los/las profesionales del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. Los sistemas de registro deberán ser equiparables y consensuados para todos los servicios sociales de la misma red municipal y autonómica.
- III. La Historia Social Integrada/Unificada deberá ser una herramienta clave para promover la atención centrada en la persona, en su entorno familiar o grupo de convivencia, para ayudar a conseguir mejoras en la calidad de vida y el bienestar de cada persona, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, a sus deseos e intereses, y contando con su participación efectiva y con accesibilidad desde otros ámbitos de intervención sociosanitarios.

Recomendaciones sobre la regulación.

- IV. La Historia Social debe estar normativizada. Desarrollada en un marco legislativo (véase como referencia las desarrolladas en otras Comunidades Autónomas como Castilla y León, Galicia y Andalucía), dicha normativa podría incluir el Catálogo de Servicios y Prestaciones de la CM en materia de Servicios Sociales de una forma actualizada.
- V. Asimismo, debe ampararse en la normativa europea en concreto al Reglamento de la Unión Europea 2016/679 del Parlamento Europeo de Protección de Datos y con la futura nueva ley nacional. Debe de incluir el consentimiento informado de los/las usuarios/as y todos los requisitos/garantías que expone dicho reglamento.

Recomendaciones sobre el soporte electrónico de acceso único.

- VI. La Historia Social tendrá un soporte informático unificado en toda la CM para los Servicios Sociales. Las entidades/empresas privadas que gestionen recursos de titularidad pública, tendrán acceso a esa plataforma, con el acceso y limitación que se consideren adecuados para el fin encomendado y mientras dure este.
- VII. Respecto a su diseño y configuración será consensuada y compartida con los/as profesionales del trabajo social, que son quienes conocen técnicamente el instrumento y quienes atienden diariamente a las personas.
- VIII. La CM debe garantizar que el instrumento sea útil y adaptado a las necesidades de las personas usuarias y de los/las profesionales que prestan los servicios. Que permita el acceso compartido a todos/as los/las profesionales vinculados/as.
- IX. Esta plataforma tiene que ser integrada e interoperable para que los diferentes sistemas de la administración se puedan ir insertando: sanidad, educación, etc. Para poder interoperar tiene que existir una simetría entre los programas diseñados entre las distintas administraciones.
- X. Debe incluir diferentes bloques o apartados dentro de la Historia Social. Siguiendo el principio de proporcionalidad, no será necesario compartir todos con todas las coordinaciones interadministrativas, se atenderá al momento y a la situación concreta, para el alcance y medida que puede tener cada acceso a la Historia Social. Sí se pueden compartir todos los apartados con los/as profesionales del trabajo social que cuentan con un Código Deontológico que garantiza el uso y confidencialidad de estos.
- XI. No todas las partes de la Historia Social se compartirán, solo aquellos datos que sean de interés para otros departamentos administrativos, siendo la tramitación y administración principal del/de la trabajador/a social. La competencia para determinar qué datos deben incorporarse y formar parte de la historia social le corresponde al/a la trabajador/a social.

- XII. Se propone que teniendo (claro, definido y desarrollado previamente) un Catálogo de Servicios Sociales previo a la Historia Social, sea este uno de los datos importantes a compartir con otros profesionales y/o departamentos, con categoría de Recursos Aplicados/Prescripción Social, tras la Fase Diagnóstico de la Intervención Social.
- XIII. Debe estar nutrida desde diferentes fuentes de coordinación interadministrativa.
- XIV. Una vez logrado “el soporte informatizado” para la unificación entre los distintos Centros de Servicios Sociales y la Comunidad de Madrid, posteriormente esto supondría la base para poder operar e intercomunicar con otras áreas: sanidad, empleo, etc.
- XV. Conectar poco a poco a diferentes sistemas después de la unificación inicial necesaria anteriormente descrita.
- XVI. Debe contar con una identificación unívoca, tiene que contar con un código identificativo de identificación personal. La ciudadanía a través de su tarjeta social podrá acceder a su historia a través de este código asimilable al número de la Seguridad Social.
- XVII. Existirán varios perfiles para acceder a “Datos comunes”, pero con acceso controlado para compartir con otras administraciones.
- XVIII. La CM debe responsabilizarse de su mantenimiento y de su correcto funcionamiento, dedicando una partida presupuestaria específica para garantizar esta cuestión, clave para que la herramienta sea de utilidad y funcione con eficacia y eficiencia.
- XIX. La CM deberá contar y poner a disposición de los Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria, un único soporte informático unificado con todas las aplicaciones que hoy en día se emplean desde el ámbito de los servicios sociales, integrando, en el Sistema de Usuarios de Servicios Sociales, otras aplicaciones como son, RMIN-WEB, SIDEMA EE LL..., (tal y como ya se ha logrado en otras comunidades autónomas del Estado español) que permita que la Historia Social Integrada, contenga “el conjunto de información y documentos en formato electrónico que contiene los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución de la atención social de las personas usuarias del sistema de servicios sociales a lo largo de su proceso de intervención, así como la identificación de los o de las profesionales y de los servicios o prestaciones que intervinieron sobre este”. Decreto 89/2016, de 30 de junio, por el que se regula la creación, el uso y el acceso a la historia social única electrónica, Diario Oficial de Galicia, nº. 141, tal y como ya se está aprobando en otras CC.AA.

Recomendaciones sobre el derecho de los/las usuarios/as.

- XX. El/la usuario/a tiene derecho de acceso a la documentación de la Historia Social. Dicho procedimiento debe ser regulado de manera que se garantice la observancia de los derechos (en la actualidad, aunque la Ley de Servicios So-

ciales reconoce el acceso a los datos contenidos en la Historia Social, no está regulado). En todo caso dicho acceso no podrá ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés del/de la usuario/a, ni en perjuicio del derecho de los/as profesionales participantes en su elaboración, los/las cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Recomendaciones para la configuración eficaz de Políticas Sociales.

- XXI. Debe estar alineada con las tendencias nacionales e internacionales para la mejora de los servicios sociales y en los modelos más innovadores de atención, que contemplan:
- Promover la ciudadanía activa, partiendo de las fortalezas de cada persona y de la creencia de que todas las personas tienen capacidades y competencias, y pueden desempeñar un rol valioso en la sociedad, sea cual sea su situación socioeconómica o su grado de inclusión social.
 - El enfoque de la atención debe estar basado en derechos.
 - La atención social debe centrarse en la persona, sus necesidades, y en su entorno y no en el servicio, las prestaciones o los recursos.
 - Promover la atención centrada en la persona y su autodeterminación, adaptándose y ajustándose a las necesidades, posibilidades, deseos y expectativas de cada persona.
 - Todo el mundo tiene derecho a la atención, y esta debe ofrecerse, en cualquier caso.
 - La participación de la persona en su proceso es esencial y no prescindible, los procesos de acompañamiento están basados en la co-decisión.
 - La sociedad, y no sólo las administraciones públicas, deben responsabilizarse también de generar una sociedad cohesionada e inclusiva. El objetivo fundamental del proceso de inclusión debe ser recomponer los cuidados, las redes y mejorar la capacidad relacional de las personas y esto sólo puede hacerse desde una sociedad solidaria e inclusiva, motivada que promueva espacios de atención, apoyo y cuidado. El enfoque comunitario es esencial para estos modelos.
 - La atención debe ser de calidad, debe generar evidencias, ser eficaz y eficiente, maximizando su impacto y evaluando resultados, tanto en las personas como en las comunidades. Debe ser útil para las personas y para los/as profesionales.
 - La atención debe ser integral e integrada. Es responsabilidad de los distintos sistemas de atención (social, sanitario, educativo, etc.), coordinarse para dar la mejor respuesta a cada persona cuando lo necesite. Los itinerarios de atención deben ser continuados y estar al servicio de cada persona. La coordinación y la integración de servicios es esencial. Respetando la especificidad de cada sistema, el soporte de la Historia Social debe ser compatible con el de otros sis-

- temas de protección, que se compartirán (en parte) en base al trabajo conjunto, a la calidad y a la personalización de la atención.
- Orientar los procesos de intervención profesional, aportando datos necesarios para prestar una asistencia social adecuada a las personas usuarias de los servicios sociales.
 - Dar continuidad a la atención social derivada de las necesidades surgidas a lo largo del ciclo vital de la persona.
 - Auxiliar en la fijación de objetivos, planes de acción y procedimientos de intervención en cada caso, optimizando la atención social integral y los recursos existentes.
 - Mejorar la coordinación de las entidades y los/las profesionales implicados/as en la intervención social.
 - Servir de apoyo a los/las profesionales de los servicios sociales para desarrollar su actividad con calidad, eficacia y eficiencia
 - Facilitar la investigación e innovación en el funcionamiento de los servicios sociales.
 - La historia social única podrá, asimismo, utilizarse con fines de planificación y evaluación, así como judiciales, de investigación y docencia, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación sobre protección de datos.
- XXII. Debe implementar módulos de análisis estadísticos, recogidos de los datos extraídos de la ficha social, para realizar estudios y estadísticas de cara a la visualización del trabajo y que sirva de base para establecer nuevas políticas sociales, generando a su vez, datos que nos puedan llevar a disponer de una epistemología social (determinantes sociales=riesgos, vulnerabilidad...).
- XXIII. Además de para el seguimiento y el acompañamiento a las personas usuarias, los datos sociodemográficos recogidos en la Historia Social deben utilizarse para obtener datos agregados de la población atendida y de la intervención realizada, de forma que sirva para tomar decisiones basadas en la evidencia y para diseñar las políticas sociales más adecuadas. Es imprescindible que las corporaciones locales tengan acceso directo a los datos, a fin de poder generar políticas sociales adecuadas a las necesidades de su ciudadanía.

Conclusiones:

Aportamos, de modo resumido, algunas conclusiones sobre la historia social.

- La Historia Social es un instrumento específico exclusivo del trabajo social y por tanto común a todos/as los/as trabajadores/as sociales al margen de su ámbito de desempeño: Todos/as los/las profesionales asistenciales “historian”. El instrumento específico de los/as trabajadores/as sociales es la “Historia Social”, así como su dictamen técnico es el “Informe Social”.

- Es necesario y prioritario que la Comunidad de Madrid regule y desarrolle la “historia social única” o “historia social integrada” referida –como ya sucede en otras comunidades autónomas– al conjunto de datos, valoraciones, informaciones y evolución de la atención social de las personas usuarias del sistema de servicios sociales.
- En relación con lo anterior, la historia social deberá tener un soporte informatizado y unificado y deberá permitir su conexión con otros sistemas de protección (empleo, sanidad...), así como regular el acceso al derecho de la ciudadanía a dicha historia, como instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una atención adecuada a las personas.
- El/la trabajador/a social como profesional de referencia de la Atención Social Primaria del Sistema de Servicios Sociales es el responsable e interlocutor/a principal con los/as usuarios/as y de la coordinación de la información y la asistencia.
- Reiteramos que la Comunidad de Madrid debe retirar cuanto antes la denominación “Historia Social” o “Tarjeta-historia Social” que está utilizando para denominar el “conjunto de ayudas y servicios sociales que perciben los ciudadanos de la Comunidad de Madrid”; ya que entran en colisión tanto con las denominaciones aceptadas como con la propia Ley autonómica de Servicios Sociales. Este requerido cambio de denominación puede ser inmediato, ya que no está regulado en ninguna normativa.

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional, que tiene como principal finalidad la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionados con el Trabajo Social. La divulgación de sus contenidos está enfocada hacia una red de conexión internacional que permita suscitar debates plurales y el intercambio de experiencias e información relacionada con la profesión. La responsabilidad de esta revista recae en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, que durante más de veinte años ha elaborado la publicación, disponible a partir de 2004 en formato digital.</p>
<p>Tipos de trabajos</p>	<p>El contenido de la revista está dividido en las siguientes secciones:</p> <p><i>Artículos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dossier. Cuando se especifique una temática concreta. ◦ Temas de Interés Profesional. Se publicarán artículos de investigación o revisiones bibliográficas. ◦ Intervención y práctica profesional. Artículos en los que se describan programas de intervención, casos y experiencias prácticas. <p><i>Reseñas</i></p> <p><i>Información profesional</i></p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>(La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación en la sección de la revista que proceda, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los/as autores/as del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la Sección de Publicaciones del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid notificará mediante email la recepción del mismo, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumplirán los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los autores. 3. Después de la recepción, la Secretaría de Publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los/as autores/as no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

4. El texto será clasificado según las secciones indicadas en el apartado tipos de trabajos.
5. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
6. La persona del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El/la evaluador/a emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los/as evaluadores/as realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los/as evaluadores/as para adoptar la decisión final. Los/as autores/as de los artículos serán informados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
8. Se podrán adoptar cuatro decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión del mismo para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
9. Se informará a los/as autores/as de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
10. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
11. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los/as autores/as

(Antes de enviar el artículo el autor deberá verificar que el contenido del mismo se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación)

1. Los/as autores/as que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la Revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: Artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
Los trabajos preferiblemente serán enviados en castellano, aunque también se admiten artículos en inglés.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico tsh@trabajosocialhoy.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto “envío publicación TSH y añadir el contenido de la revista donde se desea publicar”. Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.trabajosocialhoy.com.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado siguiendo el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. Preferiblemente en castellano y en inglés (la revista ofrece una traducción al inglés de todos los resúmenes). Nombre y apellidos de los autores. Nombre completo de la institución donde trabajan todos ellos, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista. www.trabajosocialhoy.com
8. Los manuscritos deberán ser inéditos. El firmante del artículo responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo ya publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en Trabajo Social Hoy.

**Instrucciones
a los/as autores/as**

9. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del/de la autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012, p. 23). Si dos o más documentos tienen el/la mismo autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores/as se citan por sus primeros apellidos unidos por “y”, (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores/as se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de “et al.”, (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un/a autor/a ya citado en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

10. Cuando se citen en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.

11. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido del/de los/as autores/as. Si un/a autor/a tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. A continuación se exponen ejemplos de citas bibliográficas correctamente referenciadas:

- ° Para artículos de revista, p.ej.:
Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, *XII*, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002
Si el artículo además tiene número d.o.i. se añade al final.
- ° Para libro completo, p.ej.:
Fernández, T., (2012). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.
- ° Para capítulos de libro, p.ej.:
Carvalho, M.I., y Pinto, C. (2014). Historia del Trabajo social en Portugal. En T. Fernández y R. De Lorenzo (Ed.), *Trabajo Social una historia global* (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- ° Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor/a, a efectos del orden alfabético se considera por “crisis”, p.ej.:
La crisis económica. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.
- ° Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor/a, p.ej.:
Millás, J.J. (2012, Agosto 26). Dan ganas de morirse. *El País semanal*, p.11.
- ° Para informes o estudios seriadados, p. ej.:
IMSERSO. (2009). *Informe 2008: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.
- ° Para medios electrónicos en Internet, p.ej.:
INE (2011). *Encuesta Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

<p>Instrucciones a los/as autores/as</p>	<p>12. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excel o jpg).</p>
	<p>13. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al/a la autor/a modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.</p>
	<p>14. El Consejo de Redacción de la Revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los/as autores/as cuyos trabajos sean publicados.</p>
<p>Código ético</p>	<p>www.trabajosocialhoy.com</p>
<p>Indicadores de calidad</p>	<p>BASES DE DATOS La Revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: – ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España – Compludoc – Dialnet – Latindex (Catálogo y Directorio) – Psicodoc.</p>
	<p>PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE: http://dice.cindoc.csic.es RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR: http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/</p>
	<p>REPOSITARIOS Google Scholar. http://www.scholar.google.es/</p>
	<p>OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org</p>

<p>Frecuencia de publicación</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista científica de publicación cuatrimestral. Los números son editados en los meses de enero, mayo y diciembre de cada año, mediante la elaboración previa de una estructuración de contenidos, que permite dividir los artículos en tres apartados: un Dossier para áreas temáticas concretas, una sección de Interés Profesional y otra de Intervención Profesional.</p>
<p>Política de acceso abierto</p>	<p>Esta revista provee acceso libre a su contenido bajo el principio de hacer disponible gratuitamente la investigación al público y fomentar un mayor intercambio de conocimiento global.</p> <p>Trabajo Social Hoy quiere contribuir a las iniciativas de acceso abierto a la información científica, que actualmente están siendo consideradas internacionalmente, respetando a su vez las leyes de copyright existentes. Desde la publicación de la Revista en formato digital se asumió el compromiso por la difusión universal de los contenidos publicados.</p> <p>Publicar en la Revista Trabajo Social Hoy no tiene ningún coste.</p>
<p>Archivado</p>	<p>La revista Trabajo Social Hoy está registrada en Cross Ref, lo que permite etiquetar los metadatos de los artículos, facilitando la recuperación de los contenidos y el acceso a las citas.</p>
<p>Nota de copyright</p>	<p>Los artículos a texto completo incluidos en la revista son de acceso libre y propiedad de sus autores/as y/o editores/as. Por tanto, cualquier acto de reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación total o parcial requiere el consentimiento expreso y escrito de aquéllos.</p>
<p>Suscripciones y solicitudes</p> <p>La Revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página www.trabajosocialhoy.com.</p>	

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3.

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a professional journal the purpose of which is to publish scientific studies and professional experiences related to Social Work. The journal's contents are targeted to the international community of people specialised in this field, in order to promote debate and the exchange of experiences and information related to the profession. The journal is the responsibility of the Professional Association of Social Worker of Madrid, which for twenty years has been publishing it regularly. Since 2004 it has been available in digital format.</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The contents of the journal are divided into the following sections:</p> <p><i>Articles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dossier. A special section included in some issues, consisting of several articles on a particular subject. ◦ Items of professional interest. Articles about research projects or reviews of books. ◦ Intervention and professional practice. Articles that describe intervention programmes, real cases and practical experiences. <p><i>Brief contributions</i></p> <p><i>Professional information</i></p>
<p>Selection process</p> <p>(The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: tsh@trabajosocialhoy.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication in the appropriate section of the journal. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section. 3. After receiving the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.

Selection process

4. The manuscript will be classified according to the sections indicated in the Type of Works Accepted section.

5. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.

6. The member of the Editorial Board will propose two professional externals referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.

7. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.

8. There are four possible decisions:

- a. Publication with no modifications.
- b. Publication with minor modifications.
- c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
- d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
- e. Rejection of the manuscript.

9. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.

10. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.

11. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

(Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation)

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be send in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address tsh@trabajosocialhoy.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH" plus the contents of the issue number in which you wish to publish it. The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.trabajosocialhoy.com.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, preferably in Spanish and English (the journal provides an English translation of all abstracts); names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page, www.trabajosocialhoy.com, and on this journal).
8. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document - issued by the appropriate body - authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

Instructions to Authors

9. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document -issued by the appropriate body- authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

10. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012, p. 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al."(Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

11. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

12. The bibliographical references must follow the APA guide, in alphabetical order by author surname. If an author has more than one work, they will be listed in chronological order. Below are some examples of bibliographical references correctly cited:

- ° For journal articles:
Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia*, *XII*, 13-21. doi: 10.5218/PETS.2012.0002
If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.
- ° For a complete book:
Fernández, T., (2012). *Social Casework*. Madrid: Alianza.
- ° For book chapters:
Carvalho, M.I., y Pinto, C. (2014). History of social work in Portugal. In T. Fernández y R. De Lorenzo (Ed.), *Social work. A global history* (pp. 307-333). Madrid: McGraw-Hill Education.
- ° For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered ("economic" in the example):
The economic crisis. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.
For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:
Millás, J.J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. *El País weekly*, p.11.
- ° For serial reports or studies:
IMSERSO. (2009). Report 2008: Older persons in Spain. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.
- ° For electronic media in Internet:
INE (2011). *Living Conditions survey*. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors	13. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.
	14. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.
	15. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.
Ethical code	www.trabajosocialhoy.com
Quality indicators	<p>NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOC, CINDOC - Compludoc - Dialnet - Latindex - Psycodoc
	<p>JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS</p> <p>CARHUS Plus+. Revistas Cientificas de Ciencias Sociales y Humanidades.</p> <p>DICE: http://dice.cindoc.csic.es</p> <p>RESH: http://epuc.cchs.csic.es/resh/</p> <p>MIAR: http://bd.ub.es/miar/</p> <p>IN-RECS: http://ec3.ugr.es/in-recs/</p>
	<p>REPOSITORIES</p> <p>Google Scholar http://www.scholar.google.es/</p>
	<p>ANOTHER DATA</p> <p>CrossRef Member. www.crossref.org</p>
Frequency of publication	<p>Trabajo Social Hoy is a scientific journal published every four months. The issues are published in January, May and December of each year. The journal uses a pre-established structure for its contents, by which the articles are categorized into three sections: a dossier devoted to a specific subject area, a section for articles of professional interest and another focused on professional intervention.</p>

<p>Open access policy</p>	<p>This journal provides open access to its contents, in accordance with the principle of making research available to the public free of charge and promoting greater exchange of global knowledge.</p> <p>Trabajo Social Hoy wishes to contribute to the initiatives fomenting open access to scientific information that are currently under consideration around the world, while at the same time respecting current copyright laws. When the journal began publishing in digital format, it took on the commitment of allowing universal dissemination of the contents published.</p> <p>To publish in Trabajo Social Hoy is free of charge.</p>
<p>Archiving</p>	<p>The journal Trabajo Social Hoy is registered with CrossRef, which enables the metadata in the articles to be tagged and thus facilitates retrieval of the contents and access to references.</p>
<p>Copyright note</p>	<p>The full-text articles in the journal can be accessed freely and are the property of their authors and/or publishers. Therefore, any act of reproduction, distribution, public communication and/or total or partial transformation requires express written permission from them.</p>

Subscriptions, advertising and requests

The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.trabajosocialhoy.com.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Este modelo de carta deberá ser adjuntado junto con el artículo enviado a la revista

Estimado/a Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los/as autores/as consideramos que la publicación Trabajo Social Hoy es adecuada para la divulgación de nuestro trabajo, por lo que solicitamos se estudie su publicación en la sección:

- Dossier
- Temas de interés profesional
- Intervención profesional
- Reseñas

El título del artículo es _____,
y los/as autores/as del mismo son _____.

La persona encargada de mantener la correspondencia con la revista es _____.

con institución de referencia _____.

Dirección postal _____.

Tlfo. _____ Email _____.

Página web _____.

Los/as autores/as del artículo certifican que este no ha sido previamente publicado en otro medio de comunicación, y que además no ha sido enviado a otra revista para su consideración.

Los/as autores/as se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores/as del artículo

MODEL COVER LETTER

This model cover letter should be sent with the article to the Journal

Dear Director of Trabajo Social Hoy:

Having read the author's instructions and analyzed the coverage of Trabajo Social Hoy, we believe that the Journal is appropriate for disseminating our work. We request that you take into consideration in the section:

- Dossier
- Matters of professional concern
- Professional intervention
- Reviews

The title of the article is _____,
and the authors are _____

The responsible person for correspondence is _____

Reference institution _____

Postal address _____

Tlfo. _____ Email _____

Web _____

The authors certify that the article has not been published, in whole or in part, in any other medium.

The authors are responsible published content and accept the changes that are appropriate for the publication.

Fdo.

Authors

MODELO DE HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS RECIBIDOS

EVALUACIÓN	Título del artículo:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Fecha de recepción del informe de evaluación en la Secretaría de la revista:

1. EL TÍTULO DEL ARTÍCULO

SE ADAPTA A LA TEMÁTICA DEL TEXTO.
ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE CAMBIARLO.

2. EL RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Todos los artículos deberán tener un resumen y unas palabras clave. Las palabras claves no serán más de cinco y el resumen no deberá exceder de diez líneas. No es estrictamente necesario que el resumen esté en inglés.

El resumen debe ser una síntesis del artículo y deberá estar bien estructurado y realizado.

3. EL CONTENIDO DEL MANUSCRITO

Deberá ser un contenido original, novedoso e interesante para la temática de la publicación. Ver si la temática es adecuada con el alcance de la revista. La extensión de los trabajos no deberá superar las 30 páginas para el texto a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. La bibliografía, gráficos, tablas y anexos irán aparte (en otro documento adjunto o al final del artículo). Sugerir sección en la que poder incorporarlo. Añadir correcciones ortográficas y señalar los párrafos o frases que no se entienden o que no quedan lo suficientemente claros.

4. EXPOSICIÓN DE IDEAS

En el texto las ideas deberán estar bien planteadas siguiendo una estructura lógica. La redacción debe ser adecuada y fluida. Los epígrafes deben estar ordenados. El trabajo deberá estar metodológicamente bien planteado. Se deben exponer los resultados correctamente. Las conclusiones se deben ajustar al contenido del texto. La extensión de cada parte debe estar equilibrada.

5. LAS CITAS	
Comprobar que todas las citas que aparecen en el texto se adaptan a las normas APA, ver las normas de publicación de la revista, y que todas ellas aparecen en la bibliografía.	
6. LAS TABLAS Y LOS GRÁFICOS	
Deberán ser necesarios y aportan información relevante en el artículo. Tiene que tener título y fuente documental. Si es Tabla el título irá arriba, si es figura irá abajo. Deberán estar enumeradas. No deben tener erratas y los datos facilitados se deben visualizar con claridad.	
7. LA BIBLIOGRAFÍA	
En principio el autor deberá quitar los autores que no estén citados en el texto. Hacer sugerencias si procede con respecto a la amplitud o actualización de la misma. Comprobar que se cumplen las normas indicadas en las instrucciones facilitadas a los autores. Comprobar que los autores aparecen en orden alfabético.	
8. OTROS COMENTARIOS QUE SE QUIERAN AÑADIR A LA EVALUACIÓN	
Principalmente aspectos específicos del área o ámbito de intervención.	
9. DECISIÓN DEL EVALUADOR	
Puede publicarse sin modificaciones	
Puede publicarse con cambios menores	
Puede publicarse con cambios mayores	
Es necesaria una reelaboración del contenido para proceder de nuevo a otra evaluación	
Debe rechazarse	

REVIEW SHEET FOR EVALUATING ARTICLES

REVIEW	Title of article:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Date on which article is sent to reviewer::

1. TITLE OF ARTICLE

Confirm that the title fits subject matter. Analyse possibility of changing it.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

All articles must have an abstract and key words. The abstract must be no longer than ten lines and there should be a maximum of five key words. The abstract does not necessarily have to be in English. The abstract should be a well-structured and well-written summary of the article.

3. CONTENT OF THE MANUSCRIPT

The content must be original, new and of interest to the publication. Check that the subject matter falls within the journal's scope. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Suggest the journal section in which the article might be included. Correct spelling mistakes and point out paragraphs or sentences that are difficult to understand or are not sufficiently clear.

4. EXPOSITION OF IDEAS

The text should discuss the ideas in a clear manner, following a logical structure. The writing style should be appropriate and fluid. The sections should appear in a suitable order. The study should be well planned on the methodological level. Findings should be presented correctly. The conclusions should be faithful to the contents of the text. The various sections should be similar in length.

5. CITATIONS

Confirm that all the references appearing in the text follow APA format (see journal's publication rules) and that all of them appear in the bibliography.

6. TABLES AND FIGURES

They should be used only when necessary and when they provide information that is relevant to the article. They have to have a name and they must specify their source document. In the case of tables the title should appear above it, while in the case of figures it should appear below it. They must be numbered. They should contain no typos and the data provided should be easy to visualize.

7. BIBLIOGRAPHY

In principle the author must remove from the bibliography any authors that are not cited in the text. Make any suggestions that may be needed with regard to the breadth or the up-to-dateness of the bibliography. Confirm that the guidelines appearing in the instructions for authors have been met. Confirm that the authors appear in alphabetical order.

8. ANY FURTHER COMMENTS TO BE ADDED TO THE EVALUATION

These would be primarily aspects specific to the field or area of intervention.

9. REVIEWER'S DECISION

Can be published with no modifications

Can be published with minor modifications

Can be published with major modifications

Content needs to be reformulated and re-submitted for review

Article should be rejected

Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY

(precios vigentes 2019)

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

E-MAIL

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales

Trabajadores/as Sociales de otros
Colegios Profesionales y/o estudiantes
acreditando dicha condición
30

Organismos/
Entidades
44

Resto
40

Extranjero
52

FORMA DE PAGO

- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Sabadell
Código IBAN ES61 0081 5736 9000 0132 7635

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como copia de la transferencia bancaria
(en caso de haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID
C/ Evaristo San Miguel, 4 Local. Madrid 28008. España

O por Fax: 91 522 23 80, o descargando documento en www.comtrabajosocial.com

Firma del suscriptor

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Reglamento (UE) 2016/679 le informamos que sus datos pasarán a formar parte la base de datos titularidad del COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID cuya finalidad es la gestión de su suscripción, necesaria para y/o derivada de la prestación de servicios del Colegio Profesional. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, expresamente reconocidos en el citado Reglamento, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID, con domicilio profesional EVARISTO SAN MIGUEL, 4 LOCAL, 28008 MADRID. Para más información al respecto, puede consultar nuestra Política de Privacidad en www.comtrabajosocial.com

Sumario | Contents

Presentación | Presentation[5]

Artículos | Articles..... [7-120]

Dossier Educación | Education Dossier

Educación inclusiva y personalizada. Un abordaje desde la perspectiva familiar
Inclusive and Personalized Education. A Family Approach
Luis M. Rodríguez Otero, María Gloria Gallego Jiménez y Purificación García Álvarez..... 7-24

Teorías de la reproducción y de la resistencia en los sistemas escolares. Reflexiones en torno al género, clase, etnia y orientación sexual
Reproduction and Resistance Theories in School Systems. Reflections on Gender, Class, Ethnicity and Sexual Orientation
Miriam Calvo Ruiz y Araceli Jiménez Pelcastre..... 25-36

Interés profesional | Professional Interest

La adopción internacional, estudios referentes a los vínculos de los adolescentes, búsqueda de identidad y percepción del apoyo social percibido con los pares
International adoption: studies on adolescent's bonds, search for identity and social support received from the peers
María José Martín Rodríguez..... 37-52

Envejecimiento y Políticas Públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social
Ageing and Public Policies. A Mexican Challenge for Intervention in Social Work
María del Carmen Flores Ramírez y José Luis Leal Espinoza53-66

Intervención profesional | Professional Intervention

Enfermedad de von Hippel-Lindau, una visión desde el trabajo social 3.0
Von Hippel-Lindau Disease, a 3.0 social work perspective
Oliver Juan Canales Sirgo67-92

Trabajo social con menores sancionados por consumo de cannabis atendidos en el Centro de Atención Integral de drogodependencias de Torrejón de Ardoz
Social Work with Minors Sanctioned for Cannabis Consumption Treated in Centro de Atención Integral de Drogodependencias in Torrejón de Ardoz
Antonio Jiménez Fernández93-120

Reseñas | Reviews [121-122]

Título del libro: Una rama caída
A Fallen Branch
Autores: Rafael Donaire Casas
Reseña realizada por Ana García Montero.....121-122

Información profesional | Professional information [123-134]

La historia social
The Social History..... 123-134f