

ENERO 2016. 1^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 | www.trabajosocialhoy.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJADORES
SOCIALES
DE
MADRID

77

CONCEPCIÓN CASTRO | ESTHER RODRÍGUEZ | JOSÉ JAVIER NAVARRO
| MARÍA MERCEDES BOTIJA | ÁNGELA CARBONELL | LUIS M. RODRÍGUEZ |
VÍCTOR NAVARRO | CRISTINA CARRAL | PAULA CASTILLA

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
direccion@trabajosocialhoy.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
tsh@trabajosocialhoy.com

Secretaria Adjunta/Publishing Editor

María José Planas García de Dios

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 (Universidad Complutense de Madrid)
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)

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 Geriatría 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)

Evaluable durante el año 2015/Reviewers 2015

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid agradece la colaboración de las siguientes personas que, durante el año 2015, han evaluado los originales que se han recibido para su publicación:

Rubén Arriazu Muñoz	María José Romero Ródenas	Raquel del Horno Castro	Laura M ^º . Díaz Fuente
Susana de Lucas Martínez	Anna Sroka	Rosa M ^º . Rodríguez Rodríguez	Javier García Bresó
Laura Langa Martínez	Nelia Tello Peón	María Acracia Núñez Martínez	Guadalupe Vázquez Rodríguez
Ángeles Martínez Boyé	Rubén Torres Kumbrián	Raúl Bonilla Herrador	Raquel Arguedas Cabello
Osiris Josefina Morales Rojas	Mark W. Lusk	Andrea Antonia Oliva	Beatriz Rodrigo Moya
Marta Montouto Velasco	Eva M ^º Miguélez Lorenzana	Carmen Meneses Falcon	Valentín Márquez Romero
Eloina Nogal Martín	Jorge Uroz Olivares	Elena Andrés del Pozo	
Adriana Ornelas Bernal	Esther Rodríguez López	Silvia López Bueno	

Junta de Gobierno/Governing Board

Decana: Mar Ureña Campaña
Vicedecano: Daniel Gil Martorell
Secretaría: Agustina Crespo Valencia
Tesorera: María Isabel López Serrano
Vocales: Gema Gallardo Pérez, Ruth Mendoza García, María José Planas García de Dios, Laura Ponce de León Romero, José Ignacio Santás García

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES 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 Hijes
Impresión: Afanias Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)
Editada en Enero 2016
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation **[5]**

Artículos | Articles **[7-134]**

Dossier Adolescencia

Intervención social con adolescentes: Necesidades y recursos
Social intervention with adolescents: Needs and resources
Concepción Castro Clemente y Esther Rodríguez 7-23

Del castigo a la humanización. Adolescentes en centros de justicia juvenil:
percepciones y reflexiones
From punishment to humanization. Adolescents in juvenile justice centres:
perceptions and reflections
*José Javier Navarro Pérez, María Mercedes Botija Yagüe y Ángela Carbonell
Marqués* 25-40

Bullying homofóbico en el contexto mexicano: voces desde estudiantes de trabajo
social regiomontanos
Homophobic bullying in a Mexican context: voices of social work students in Monterrey
Luis M. Rodríguez Otero 41-62

Dossier Dependencia

Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social
The profile of informal caregivers and the sphere of action of social work
Víctor Navarro Ramos 63-83

Influencia de la Ley de Dependencia en la percepción de las cuidadoras familiares
como trabajadoras
Influence of the spanish Law on Dependence on the perception of family caregivers
as workers
Cristina Carral Miera 85-107

Intervención profesional | Professional intervention

La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt.
Aportaciones desde el trabajo social
The prevention of relapses in the Marlatt model. Contributions from the field of
social work
Paula Castilla Carramiñana..... 109-133

Reseñas | Reviews

[135-138]

Título del libro: Elaboración, gestión y evaluación de proyectos sociales. Intervención social y programación

Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero

Book title: Creating, managing and evaluating social projects. Social intervention and planning

Authors/editors: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero

Reseña realizada por Angelines Martínez Boyé 135-136

Título del libro: Planificación y actuación estratégica de proyectos sociales

Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero

Book title: Social Project Planning and Strategic Action

Authors/editors: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero

Reseña realizada por Sergio Andrés Cabello 137-138

Información profesional | Professional information

[139-141]

Derechos Humanos, fundamento del Trabajo Social. Celebrando el presente y el futuro del Trabajo Social

Human rights, the foundations of Social Work. Celebrating the present and future of Social Work 139-140

Mejoras en la Renta Mínima de Inserción

Improvements in the minimum guaranteed income benefit141

PRESENTACIÓN

Este primer número del año 2016 se caracteriza por su especialización. Dispone de dos apartados de *Dossier*, uno dedicado a la adolescencia y otro a la dependencia.

En el apartado de *Dossier Adolescencia* se analizan las necesidades de este colectivo y los recursos sociales disponibles para poder atenderlas. Posteriormente en un segundo artículo se hará una reflexión sobre la intervención llevada a cabo desde los centros de justicia juvenil, para finalmente abordar uno de los temas más actuales, que afecta a los adolescentes y que se denomina *bullying* homofóbico.

Los dos artículos del apartado de *Dossier Dependencia* están dedicados a una figura clave en la atención a las personas dependientes, nos estamos refiriendo a los cuidadores. Sin ellos las personas dependientes tendrían serias limitaciones para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Estas dos contribuciones son buenas para seguir reivindicando la importancia de la atención, no solo a la persona dependiente sino también a su cuidador, pues estamos viendo que ambos son inseparables durante la intervención. Muchas personas deciden renunciar a su carrera profesional para cuidar a un ser querido, este hecho normalmente carece de un reconocimiento social e institucional, cayendo en el anonimato doméstico del día a día o quedándose solamente en un reconocimiento familiar. Es necesario plantearnos la necesidad de buscar el reconocimiento social que se merecen los cuidadores, por sus grandes contribuciones no solo a la persona que atienden sino también a la sociedad en general.

En el apartado de *Intervención profesional* se analizan las aportaciones del modelo de Marlatt al trabajo social para la prevención de recaídas en drogodependencias. Es el artículo más teórico de este número, cuyas contribuciones resultan de interés para el abordaje de la intervención en drogodependencia.

Esperamos que el contenido de este número sea de interés.

INTERVENCIÓN SOCIAL CON ADOLESCENTES: NECESIDADES Y RECURSOS

SOCIAL INTERVENTION WITH ADOLESCENTS: NEEDS AND RESOURCES

Concepción Castro Clemente (1)

Esther Rodríguez López (2)

(1) *Universidad Nacional de Educación a Distancia*

(2) *Asociación Internacional de Ciencias Sociales y Trabajo Social AICTS*

Resumen: En la adolescencia se produce un proceso de cambio repleto de grandes transformaciones físicas y psicológicas. Para el menor, este periodo puede resultar una etapa emocionante o, por el contrario, representar una etapa confusa y difícil. En ocasiones, estos cambios pueden derivar en conductas desajustadas y de riesgo en el que se ven implicados dos figuras de referencia: la familia, núcleo principal de desarrollo, y la escuela, espacio social de interacción y de convivencia donde el menor permanece gran parte de su tiempo. Abordar estos comportamientos de riesgo y de conflicto requiere un trabajo en equipo de todos los colectivos: familia, centro educativo y recursos institucionales. El objetivo de este artículo es presentar las necesidades en los adolescentes así como una relación de recursos para afrontar conductas de conflicto.

Palabras clave: Adolescentes, Intervención Social, Necesidades y Recursos, Conductas Desajustadas y de Riesgo, Adicciones.

Abstract: During adolescence a number of physical and psychological transformations take place. For the young person, this period can be very exciting or it can be confusing and difficult. On occasion, these changes can lead to conduct problems and risk behaviours in which two reference figures are involved: the family, which is the primary developmental space, and the school, the social space in which children learn to interact and get along with one another and where they spend a large amount of their time. Addressing these conduct problems and risk behaviours calls for teamwork by all the pertinent groups: family, school and institutional resources. This paper discusses the needs of adolescents and presents a series of resources useful for dealing with conflict behaviour.

Key words: Adolescents, Social intervention, Needs and resources, Conduct problems and risk behaviours, Addictions.

| Recibido 08/10/2015 | Revisado 24/11/2015 | Aceptado 15/12/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Concepción Castro Clemente: Profesora Tutora Grado Trabajo Social en Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid. Email: concastro@madrid.uned.es.

Referencia normalizada: Castro, C., y Rodríguez, E. (2016). Intervención social con adolescentes. Necesidades y recursos. *Trabajo Social Hoy*, 77, 7-23. doi 10.12960/TSH.2016.0001.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta. El adolescente ya no está en la niñez, pero todavía no es adulto. Se encuentra en el límite de dos grupos sin pertenecer a ninguno, no encaja ni en los grupos infantiles ni en el de adultos. Kurt Lewin (1942), psicólogo alemán especializado en la dinámica de grupo y relaciones interpersonales, denominó a esta etapa como “tierra de nadie”.

En poco tiempo, los cambios físicos son notables, al igual sucede con sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales que se ven transformadas. Las necesidades biológicas son las relacionadas con las básicas humanas y transformación física del cuerpo. Con los cambios físicos-biológicos se inicia el despertar sexual, el crecimiento físico y la alteración hormonal que incita a un aumento del deseo sexual.

De igual forma, este acelerado cambio también influye en sus necesidades psicológicas y sociales, ahora más centradas en la educación, la amistad, participación activa, construcción de su propia identidad personal y las relaciones afectivas y sexuales. Desplazan el ámbito familiar y escolar para centrarse en construir su propia autonomía en el que la interacción entre iguales, grupos de amigos y espacios de ocio, constituyen sus principales campos de interés (Serapio, 2006).

En este nuevo constructo del “yo”, como autor-actor de su propia historia de vida, se integran aspectos físicos-corporales, cognitivos, sociales, afectivos y las dimensiones de autoestima y autoconcepto. La autoestima, dimensión muy significativa en el menor, nace de la interacción con los demás, ser importante para alguien cuyo resultado, elevado o bajo, está relacionado con el ajuste psicológico. Un autoconcepto positivo está muy unido al rendimiento educacional en el que la influencia, la valoración de sí mismo y apoyo de sus padres es fundamental para el éxito académico. Por otra parte, una baja autoestima está relacionada con la delincuencia juvenil, es un intento de compensar su baja valoración adoptando patrones desviados de conducta para reducir los sentimientos de rechazo (Fernández y Ponce de León, 2011).

La sociedad actual mantiene al adolescente en un continuo riesgo de impactos negativos motivados por el ritmo vertiginoso de la vida, influencia de los medios de comunicación y sociedad general. Nos encontramos a adolescentes tratados como adultos, confusión causada por la imprecisión en concretar cuándo termina la infancia y qué debe hacer el adolescente. Viven en un constante desequilibrio no identificándolos con su edad y apresurándoles a ir hacia el mundo de los adultos. Factores como un desmedido estrés, fracaso escolar, actitud negativa ante el trabajo, impotencia e indefensión pueden desencadenar en comportamientos de riesgo como son, entre otros, la violencia, delincuencia, consumo de sustancias adictivas y trastornos de alimentación. Conductas de riesgo en las que influyen, y también se ven afectadas, la familia, la escuela y los estamentos sociales (Ponce de León, Fernández y De Lorenzo, 2016: 61).

1.1. CONDUCTAS DESAJUSTADAS Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Se podría definir como “comportamientos de riesgo”, aquellas conductas que resultan atractivas por el riesgo y por las sensaciones que produce enfrentarse con el peligro. En la adolescencia, las conductas de peligro no son universales ni se producen de forma homogénea, son dinámicas y cambiantes. Factores relacionados con la familia, el colegio o el grupo de iguales pueden contribuir en la predisposición del adolescente a asumir riesgos (Meneses et al., 2009). Entre estas conductas destacarían las siguientes:

A. Consumo drogas. Alcohol, tabaco y cannabis

En el año 2012, el Plan Nacional sobre Drogas realizó una encuesta en jóvenes sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2012-2013). El objetivo principal del estudio fue estudiar la situación y evolución de los consumos de drogas, edad de inicio, riesgo atribuido a sustancias psicoactivas y medidas que los estudiantes consideran más efectivas para prevenir los consumos de drogas y los problemas asociados a estos.

Los resultados arrojados de la encuesta muestran que las drogas más consumidas por los jóvenes de entre 14-18 años son el alcohol y el tabaco seguidas del cannabis. La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años con tendencia a aumentar con la edad.

El consumo intensivo de alcohol denominado atracón o “binge drinking”, similar al de borrachera, comprende la ingesta de 5 (o más) vasos/copas en un intervalo aproximado de 2 horas, es muy frecuente y se asocia a un mayor uso de drogas ilegales. La percepción de riesgo en los adolescentes es baja y se inician en edades más tempranas, 14, 15 y 16 años.

En referencia al fenómeno del botellón, el 63 % de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año, el alcohol lo obtienen con mucha facilidad. Los lugares más habituales en los que lo adquieren son en supermercados, con un 61,8 %, y en bares o pubs representando el 57,7 % (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Muchos menores se emborrachan sin que sus padres sean conscientes de ello, pasan desapercibidos. Por otra parte, parece que la preocupación de la sociedad no va más allá del rechazo al botellón por las molestias que ocasiona y no por los riesgos negativos en los adolescentes. No parece haber conciencia en la sociedad de la gravedad del problema (Vega y Aramendi, 2013).

B. Violencia. Acoso y ciberacoso

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) definió la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. El informe evidencia que la violencia está tan presente que se la percibe a menudo como un hecho ineludible de la condición humana, no hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Está en los hogares, escuela, calles, trabajo y otros centros.

Los adolescentes están expuestos a la violencia de forma directa o indirecta, no se da tan solo en la familia o en la calle, también se reproduce entre iguales. Los primeros estudios de la violencia entre adolescentes, entre iguales en el ámbito escolar, se iniciaron en el año 1973 a través de la investigación realizada por el Dr. Dan Olweus. Define el maltrato entre iguales, el acoso o *bullying*, como “comportamiento negativo repetitivo e intencional (desagradable o hiriente) de una o más personas dirigido contra una persona que tiene dificultad en defenderse”. El acoso se caracteriza por (Gómez et al., 2007): la existencia de una o más conductas de hostigamiento, repetición de la conducta de forma sistemática, se mantiene en el tiempo, afecta a la víctima significativamente en todas las áreas de su vida (académica, afectiva, emocional, familiar), el perfil de la víctima suele corresponder mayoritariamente a una persona fuertemente aislada (sin amigos y bastante impopular), y la victimización puede hacer que aumente más su impopularidad y aislamiento.

En la década de los 90, irrumpen en la sociedad nuevas tecnologías de comunicación e información, Internet y teléfonos móviles, con ellas surge una nueva modalidad de maltrato e intimidación entre iguales, el *ciberacoso*. Los primeros estudios sobre el *ciberacoso* comienzan en Estados Unidos en el año 2000 (Finkelhor, Mitchell & Wolak, 2000; Slonje & Smith, 2008). Manifestaciones violentas que constituye el uso de nuevas formas de intimidación y que se han extendido de manera alarmante entre nuestros jóvenes.

El término *ciberacoso*, o *ciberbullying*, es una extensión del maltrato “acto agresivo e intencionado llevado a cabo de manera repetida y constante a lo largo del tiempo, mediante el uso de formas de contacto electrónicos por parte de un grupo o de un individuo contra una víctima que no puede defenderse fácilmente” (Smith, 2006: 3). Esta nueva modalidad de acoso cibernético sustenta unas características específicas:

- Requiere conocimientos sobre el manejo de Internet.
- No es preciso que el agresor tenga más fuerza física que su víctima.
- Los ataques tienen el propósito de calumniar, desacreditar, denigrar, injuriar, infamar y desprestigiar a la víctima.

- El acoso se hace público y puede desarrollarse en cualquier lugar a través de las TIC.
- Realiza ataques públicos permaneciendo el agresor en anonimato.
- El maltrato se realiza de manera continua y repetitiva.
- No existen espacios donde estar seguros, puede llegar a cualquier lugar, incluso a su casa.

El impacto emocional y consecuencias en las víctimas tiene efectos devastadores: miedo, ansiedad, indefensión, estrés, nerviosismo, trastornos de sueño, dificultad de concentración escolar, frustración, baja autoestima, depresión, irritabilidad, falta de confianza, ira, somatizaciones y, como consecuencia más grave, la ideación suicida (Hinduja & Patchin, 2010).

2. EL ROL DE FAMILIA

La familia es el núcleo principal de desarrollo psicológico y de apoyo para los menores, donde se aprende la mayor parte de las conductas sociales y emocionales. Es una red de comunicación entrelazada donde todos los miembros se influyen entre sí (Fernández y Ponce de León, 2011). Desde la cuna los niños están sometidos a ese proceso.

Cuando emerge la adolescencia, se modifica el grupo familiar. Se pasa de una interacción complementaria, falta de responsabilidad del niño y autoridad estricta de los padres, a otra más concordante. Los padres comienzan de forma paulatina a delegar responsabilidades sobre el hijo, que va adquiriendo unas aptitudes y conocimientos para asumirlas de manera individual sin necesitar, ni querer que sean supervisadas por sus progenitores. Comienza una dinámica de quejas y confrontaciones junto con cambios de conducta. El adolescente se vuelve más reservado e incluso oculta, por temor o pudor, sus acciones por miedo a la desaprobación de estas conductas por sus padres. Se producen cambios en el pensamiento, ahora más centrado en ideas y no solo en objetos reales como en la infancia.

La adolescencia es la mejor etapa para evitar o cambiar conductas disonantes y nocivas, como puede ser el consumo de sustancias adictivas. En este periodo, el modelo de crianza ejercitado sobre el menor influye en su bienestar psicológico y en las probabilidades de consumo de drogas: alcohol, tabaco y cannabis. Asimismo, variables como el afecto, control y comunicación incidirán en su calidad de vida (Jiménez-Iglesias y Moreno, 2015).

Un modelo de crianza con una permisividad excesiva tiene efectos negativos en los hijos, favorece conductas más inmaduras, de escaso autocontrol y falta de independencia y disposición para tomar responsabilidades (Olweus, 1993). Los estilos de crianza

democráticos, cercanos y comunicativos favorecen la comunicación adolescente-progenitores. En contra, modelos con una disciplina coercitiva y ausencia de interacciones positivas entre padres-hijos, dificultan el aprendizaje de alternativas en situaciones desajustadas, tiende a mantenerse la continuidad del comportamiento antisocial de los hijos (Hernández, Gómez, Martín y González, 2008).

Las nuevas tecnologías digitales que emergieron en los años 90, de expansión espectacular, también trasladaron el deseo de nuestros jóvenes de tener sus propias redes de comunicación, que se ha convertido en algo cotidiano entre ellos. Nuevas formas de comunicación en las que también hay lugar para la agresión, la amenaza y la violencia entre jóvenes. Internet es una ventana abierta al mundo y en el que los adolescentes invierten mucho tiempo en la conexión. Forma parte de su vida y es una manera de satisfacer muchas de sus necesidades por los recursos que ofrece y dispone: información y relaciones virtuales.

A pesar de los beneficios que ofrece Internet, no hay que ignorar los posibles riesgos que pueden darse en su uso por los adolescentes: facilidad en el acceso a páginas pornográficas, descarga de archivos que pueden contener software espía o publicitario, blogs gratuitos en los que facilitan mucha información personal, alta con un perfil anónimo o con datos falseados por el menor, acoso por extraños o por su grupo de iguales. Peligros que se intensifican si los menores están conectados en soledad y desde la propia habitación, y que pueden constituir un riesgo psíquico e incluso físico. Además de estos peligros de uso, muy pocos adolescentes cuentan con algún tipo de supervisión por parte de sus progenitores, tanto en tiempo de navegación como en los contenidos a los que accede. Los padres se sienten muchas veces limitados en la educación y control de los sitios de acceso porque a menudo, los jóvenes son más expertos que sus padres (Ochaíta, Espinosa y Gutiérrez, 2011).

Circunstancias que, dependiendo del tiempo e implicación que dediquen los padres a sus hijos, tienen consecuencias importantes en el posible desarrollo de conductas desajustadas, comportamientos de riesgo y rendimiento de los menores. Actualmente, y pese a la existencia de estos riesgos, no se dispone de suficientes estudios que puedan arrojar datos sobre el tiempo, tanto en calidad como en cantidad, que los padres dedican a los hijos (González, Domínguez y Baizán, 2010).

En las últimas décadas, la familia ha experimentado grandes cambios. Emergen nuevos entornos y modelos de convivencia familiares, más libres y plurales. El impacto de la crisis económica, en el que los integrantes de la familia se ven obligados a trabajar para mantener la economía familiar, ha desencadenado en padres sobrecargados y estresados (Andrés y Ponce de León, 2013: 8). Situaciones a las que el menor no es ajeno y por las que pueden producirse episodios de carencias afectivas, tensión familiar y desarrollo de comportamientos peligrosos en el adolescente. Cambios que repercu-

ten en el tiempo que los padres pueden dedicar a sus hijos y que exigen alternativas a estas situaciones para afrontar las necesidades principales de los adolescentes: su desarrollo, ajuste psicológico y conductas de riesgo.

La capacidad de los padres en dar respuesta a las necesidades de sus hijos está íntimamente relacionada con el bienestar y desarrollo del menor. Capacidad de atención que, de forma temporal o permanente y por circunstancias de diversa naturaleza, puede verse afectada y provocar déficits de atención a las necesidades de los hijos exponiéndolos a situaciones de riesgo. Escenarios que si no son detectadas en sus fases iniciales para poder realizar una intervención preventiva o reparadora, pueden agravarse y ocasionar situaciones de desprotección infantil grave (Cebario, 2011).

3. EL ÁMBITO EDUCATIVO

La escuela, espacio social y de relación que, además de los contenidos académicos, proporciona al alumnado una experiencia de relación que tiene gran trascendencia en los demás espacios sociales. Cambios legislativos y educacionales, nuevas tecnologías, comportamientos de riesgo, desmotivación escolar, crisis de modelos familiares, violencia, etc., influyen en un gran número de menores y jóvenes escolarizados en el desarrollo de valores para la vida y para la convivencia (Morales y Trianes, 2012).

Dentro del centro educativo, la convivencia escolar es el gran reto, es el escenario social en el que se dan continuas interacciones y en el que el estudiante permanece gran parte de su tiempo (García y López, 2011). Medios de comunicación, conductas de riesgo, violencia intrafamiliar y violencia social influyen en la escuela, es una multiplicidad de situaciones en la que los niños participan directa o indirectamente. No es un problema reduccionista al colegio, en todas las manifestaciones del menor influye el entorno y, a su vez, interviene en su ámbito educativo (Ghiso, 2012). La labor de los tutores es crucial para prevenir comportamientos desajustados y de riesgo. El profesor, además de la labor principal de impartir formación humana es el que mejor conoce la organización del grupo, relaciones de poder, afectividad, valores, rendimiento escolar y problemas específicos de los alumnos.

El problema del consumo de sustancias adictivas también está presente en el proceso educativo de manera directa (borracheras en una fiesta) o indirecta (incidentes en el barrio, inadaptación escolar de un alumno), en los hogares de los estudiantes, entornos cercanos y medios de comunicación social. Aunque existen campañas de información y persuasión sobre los efectos nocivos de su consumo, es la comunidad educativa la que presenta el mejor recurso en prevención y reducción del uso de drogas (Vega y Aramendi, 2013).

En referencia a las manifestaciones de violencia en el ámbito educativo, las consecuencias, tanto para estudiantes como para docentes, son de impotencia, inseguridad, angustia, intranquilidad y desesperanza. Desestabilizan a la comunidad educativa y debilitan las formas instituidas de solidaridad y confianza (Ghiso, 2012).

Afrontar situaciones de riesgo y de conflicto escolar requiere un trabajo en equipo de todos los colectivos que integran el centro para disponer de estrategias, protocolos de actuación, planes de prevención y sistemas de mediación con la finalidad de resolver el conflicto, prevenir conductas de riesgo y generar pautas de buena convivencia (Barrigüete 2009; Garaigordobil, 2011).

La escuela representa uno de los mejores recursos para influir en los comportamientos violentos o disruptivos de los adolescentes así como en su aptitud frente a las drogas. A través de la información, estrategias de prevención y actividades escolares brinda la oportunidad de mejorar los estilos y estrategias de afrontamiento con el objetivo de prevenir posibles alteraciones de tipo emocional ligadas a los cambios sociales, físicos y psicológicos que caracterizan a este grupo de edad (Poch, González, García, Malo y Casas, 2015). Percibir a los compañeros de clase como amigos y al profesor como adulto de referencia y ayuda, ejerce una gran influencia en su ajuste social y constructo de identidad (Povedano, Cavab, Monreal, Varela y Musitua, 2015).

El sentimiento de pertenecer a una familia y a una escuela es un relevante factor de protección contra los comportamientos que puedan poner en peligro el desarrollo integral del adolescente. Si estas situaciones no son detectadas en sus fases iniciales, ni a tiempo que permitan poner en marcha una intervención preventiva o reparadora adecuada, pueden agravarse y ocasionar situaciones de desprotección infantil grave, importantes daños emocionales así como afectar a su desarrollo psíquico-físico.

4. RECURSOS

Corresponde a la Administración Pública y actores sociales apoyar al menor y a la familia en la protección del adolescente, muy especialmente en los asuntos que les afectan: atención social, económica y jurídica.

A nivel nacional se han desarrollado planes de cooperación entre organismos públicos y privados con el objetivo de satisfacer las necesidades de los menores y garantizar un entorno social favorable de bienestar. En la actualidad, el plan vigente de atención protección al menor es el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA), representa un marco de cooperación de todas las Administraciones Públicas (General, Autonómica y Local) junto con otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia. Define las líneas estratégicas de desarrollo de las políticas

de infancia con el objetivo de hacer efectivas los derechos reconocidos en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño que España ratificó en 1990, pero también los deberes y responsabilidades de los menores de edad.

Además de estar activos diversos programas estatales en la atención al menor, existen también diferentes recursos tanto a nivel europeo, autonómico, local como los presentados por instituciones/entidades privadas cuyo objetivo principal es prestar apoyo al adolescente y a la familia en situaciones especiales que guarden relación con el desarrollo, bienestar y necesidades de los adolescentes.

En el ámbito internacional destacaría como principal recurso la *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)*. Lidera la campaña internacional de concienciación sobre las drogas para la sociedad y, especialmente, para los jóvenes, incitándolos a no consumirlas y cuidar de su salud. Su objetivo es la movilización de apoyos y sensibilizar a la población sobre el abuso y tráfico de drogas. Ha desarrollado actividades de prevención, información y herramientas de concienciación y sensibilización en la toma de decisiones no perjudiciales en la salud, incluida la de no consumir drogas. Se puede consultar más información en su página web (<http://www.unodc.org/drugs/es/about-the-world-drug-campaign/index.html>).

En el ámbito nacional destacarían las siguientes entidades como principales recursos disponibles:

1. *Los Servicios Sociales autonómicos y municipales*. Son los Ayuntamientos, como institución más próxima al ciudadano, los que se encargan de proporcionar los recursos preventivos y de apoyo a las familias en los municipios. El Centro de Servicios Sociales es identificado por los ciudadanos como referente y puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales. La organización y protocolos del centro y sus actividades, tienen el objetivo de proporcionar una respuesta ágil y cercana a las demandas y necesidades sociales de los vecinos. Los equipos de trabajo con menores y familias desarrollan sus actuaciones para tratar problemáticas, entre otras, de absentismo, dificultades de integración escolar, conductas adictivas, problemas conductuales, malos tratos físicos o psíquicos, desarraigo o dificultad de integración social, situación de desprotección y de precariedad para su desarrollo integral, conductas violentas, racistas o xenófobas.

Las entidades locales promueven recursos de atención a las familias y a los menores mediante la implantación de una red de servicios. Esta carta de servicios está integrada por diferentes recursos y programas a disposición de los ciudadanos como son, entre otros, los Centros de Apoyo a las Familias (CAF), los Centros de Atención a la Infancia (CAI) y el Servicio de Educación Social.

Los CAF ofrecen un espacio de apoyo a las familias en el desarrollo de sus funciones parentales así como en la afrontación y prevención de conflictos que surgen en su desempeño en el ámbito familiar. Sus objetivos principales son:

- Ofrecer orientación psicológica, social y jurídica en materia de familia.
- Facilitar atención psicológica en circunstancias de dificultad de convivencia y violencia en el ámbito familiar.
- Atender situaciones de conflicto familiar.
- Ofrecer a las familias habilidades y estrategias para afrontar las distintas etapas del crecimiento de los hijos y de la propia familia.
- Fomentar la participación comunitaria a través de programas que favorecen la solidaridad y colaboración.
- Favorecer la coordinación de la red de apoyo a las familias para lograr una atención preventiva e integral a los ciudadanos.

Se trata de un recurso de acceso directo, previa petición de hora y atendido por un equipo interdisciplinar compuesto por trabajadores sociales, psicólogos, abogados, mediadores familiares y personal administrativo. Mediante la elaboración de una Carta de Servicios de los centros de apoyo a las familias, el municipio pone a disposición los recursos y programas dirigidos a la familia, infancia y adolescencia. Entre otros, están los centros de día para menores, centros para adolescentes y jóvenes, servicio de ayuda a domicilio para atención a menores y sus familias, centros de apoyo social y residencial para menores y sus familias, Puntos de Encuentro Familiar (PEF), charlas formativas a fin de favorecer la convivencia familiar y el desarrollo y bienestar del adolescente (situaciones de conflicto en la pareja y su impacto en los menores; autoestima en el adolescente; normas y límites en la convivencia padres-hijos; adquisición de responsabilidades y seguridad en los menores; etc.).

2. APP móvil Plan Nacional sobre Drogas

El 18 de noviembre de 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, presentó una nueva aplicación informática, un APP móvil denominada Plan Nacional sobre Drogas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas. Se trata de una herramienta para teléfonos inteligentes y dispositivos móviles, smartphones y tabletas con información para el público general sobre los riesgos de las adicciones (Más información en página web <http://www.pnsd.msssi.gob.es/appPNSD/home.htm>). Sus objetivos generales serían:

- Informar sobre los riesgos de las principales sustancias adictivas: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis y otras, así como de otras conductas adictivas (ludopatía). Incluye testimonios de expertos además de una serie de cuestiones denominadas “mitos y realidades”,

que contestan a las principales dudas acerca de cada una de ellas.

- Informar sobre qué se puede hacer ante la sospecha o evidencia de consumo por parte de un familiar o conocido y cómo deben reaccionar los padres ante signos de alarma de posibles consumos.
- Informar de los delitos, penas y sanciones que supone el cultivo, elaboración, tráfico y posesión de drogas tóxicas ilegales, según la legislación vigente que también se encuentra referida, de modo resumido en la aplicación.
- Informar sobre los recursos que existen para asesorar y tratar las adicciones, dependientes de las distintas administraciones públicas, por medio de un mapa de centros que incluye un geolocalizador de los mismos.
- Proveer a los profesionales de manera ágil, información relacionada con el Plan Nacional sobre Drogas incluyendo: la Estrategia Nacional, el Plan de Acción, encuestas e indicadores del Observatorio Español sobre Drogas, conexión con el Centro de Documentación y un enlace a la base de datos de la Unión Europea EDDRA que proporciona información sobre programas de prevención, tratamiento y reducción del daño que constituyen ejemplos de buenas prácticas tras haber sufrido una evaluación sumamente rigurosa.
- Dar a conocer la existencia y actividades del Fondo de Bienes Decomisados incluyendo las subastas de bienes que gestiona.
- Dar a conocer información relevante en relación con las convocatorias de subvenciones que gestiona anualmente la Delegación del Gobierno con créditos presupuestarios o procedentes del Fondo de Bienes Decomisados (ONGs, Investigación, Corporaciones Locales).

3. *Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA)*

Organización sin ánimo de lucro formada por profesionales sanitarios en el tema de las adicciones. Sus objetivos generales son prestar un servicio integral, de prevención y asistencia, sobre el consumo y adicción de sustancias, promover la formación de profesionales, desarrollar investigaciones y estudios, editar y divulgar estudios científicos, organizar encuentros, congresos y jornadas sobre drogodependencias.

La página tiene un directorio de páginas de interés relacionadas con la prevención y tratamiento de las adicciones; publicación de blogs; formación y opinión de profesionales; guías de información para jóvenes, progenitores, profesorado, pacientes y profesionales así como una sección de información y documentos elaborados por la organización. Ofrece la posibilidad de suscribirse a una lista de distribución para recibir las actualizaciones de la página y poder comunicarse e intercambiar información con otros profesionales. La plataforma se actualiza de forma constante con noticias sobre las adicciones (más información en su página web www.lasdrogas.info).

4. *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)*

Institución privada, sin ánimo de lucro, de carácter benéfico-asistencial y con un estatus consultivo de categoría II ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Creada en 1986, su objetivo principal es la prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo que impidan o dificulten el desarrollo personal y social de los adolescentes. Cuenta con el respaldo de empresas, instituciones y profesionales, y desarrolla sus actividades en colaboración con otras organizaciones de la sociedad desde el entorno de la prevención.

Trabajan estrategias educativas en el ámbito de la educación formal e informal con el objetivo de prevenir los riesgos de las drogas. Su función educativa sobre el consumo de drogas la promueve en todos los niveles: escolar, familiar y comunitario. Realizan investigaciones, campañas de sensibilización, cursos formativos, movilización sociales, programas preventivos, proporcionan información a los padres y desarrolla congresos y jornadas con el objetivo de abordar todas las dimensiones relacionadas con las drogas: alcohol, adicciones, valores sociales, bienestar social, relaciones juveniles, capacitación profesional, comportamientos de riesgo psicosocial, problemas y riesgos de las drogas desde la percepción juvenil, educativa y social (más información en su página web www.fad.es).

5. *Asociación Protégeles*

Asociación sin ánimo de lucro, constituida en el año 2002. Nace como organización de protección de la infancia ante la necesidad de hacer de Internet y de las nuevas tecnologías herramientas seguras para menores (más información en su página web www.protegeles.com). En la actualidad, es la entidad responsable del Centro de Seguridad en Internet para los menores en España. Su equipo de trabajo está formado por profesionales de diversas especialidades: trabajadores sociales, psicólogos, abogados, expertos en seguridad infantil, informáticos y expertos en comunicación. Son cuatro las áreas de trabajo que abordan:

- 1) Línea de denuncia. Funciona como una hotline o de denuncia sobre contenidos ilegales en Internet: pornografía, trastornos conductas alimentarias (anorexia y bulimia), páginas pro-xenófobas, contenidos apolíticos y violentos que puedan resultar una amenaza para los menores,
- 2) Líneas de ayuda. Ofrecen apoyo y orientación personalizada a niños y adolescentes que están sufriendo acoso en el entorno escolar, ciberacoso o acoso escolar en Internet, tecnoadicciones, *grooming* o acoso sexual a menores en internet, información y formación al entorno escolar, cibercentros y familias sobre las nuevas tecnologías.

- 3) Intervenciones educativas. Desarrolla acciones, talleres, campañas y trabajos de prevención, formación y sensibilización sobre el uso seguro de Internet, teléfonos móviles y ocio digital por los menores.
- 4) Creación de espacios seguros en la red en los que puedan los menores compartir materiales y opiniones de forma segura.

6. *El Teléfono del Menor*

En 1994, la Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) ideó el servicio de atención telefónica “El Teléfono del Menor”. Se constituye con el objetivo principal de dar una respuesta inmediata y eficaz a todo tipo de problemas y necesidades de los niños y adolescentes a través de la escucha telefónica. Es un recurso de ámbito nacional dirigido a niños, adolescentes y padres que orienta y asesora sobre cualquier problemática relacionada con menores. Ofrece ayuda psicológica, social y jurídica sobre aspectos relacionados con la sexualidad y cuestiones sentimentales, dificultades en relaciones familiares o entorno más cercano, problemas psicológicos, violencia escolar, de género y familiar, adaptación/inadaptación escolar, relaciones de amistad, consumo de alcohol o de droga, entre otros.

Su llamada es gratuita y confidencial, se pueden efectuar toda clase de consultas con entera libertad garantizando su privacidad. Está disponible las 24 horas del día todos los días del año (más información en página web www.anar.org).

7. *Ciudades Amigas de la Infancia (UNICEF España)*

Iniciativa impulsada por el Comité Español de UNICEF en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Federación Española de Municipios y provincias y la Red Local. Una Ciudad Amiga de la Infancia pretende promover la participación ciudadana de la infancia en la vida pública municipal a través de Consejos de Infancia teniendo en cuenta sus opiniones, necesidades, prioridades y derechos. Fomenta el trabajo en red y facilita el establecimiento de relaciones entre gobiernos locales y otros actores interesados en el desarrollo de la Convención de los Derechos del Niño para compartir información y soluciones creativas (más información en su página web <http://ciudadesamigas.org>). Sus objetivos son promover la participación, implicación social y dar visibilidad a los adolescentes como colectivo en situación de especial vulnerabilidad y como actores de su propio cambio. Sus líneas de trabajo se centran en dos actividades principales:

- *Parlamento Infantil Online*. Los adolescentes debaten periódicamente y aportan soluciones sobre lo que les preocupa en el municipio. Abordan

cuestiones colectivas desde su papel como representantes de otros niños y niñas elaborando un conjunto de propuestas con las que pretenden llamar la atención de la sociedad. Solicitan a la sociedad que a la hora de decidir y emitir su voto tengan en cuenta sus intereses y demandas.

- *Encuentros de Consejos de Participación Infantil y Adolescente*. Son espacios donde adolescentes de distintos municipios se reúnen periódicamente para debatir sobre asuntos que les preocupan.

5. CONCLUSIONES

Con la llegada de la adolescencia, el cuerpo del niño/a se transforma, no solo se trata de un cambio físico, sino que va acompañado de un desarrollo psicológico y social complejo. Todo cambia. Si bien a veces eso es emocionante, otras puede ser una etapa confusa y difícil que puede derivar en la manifestación de conductas problemáticas.

En este proceso de cambio existen situaciones, no detectadas en su fase inicial, que pueden poner en riesgo al adolescente y contribuir al desarrollo de comportamientos desajustados. Factores interrelacionados entre sí como son la autoestima, familia, escuela, relación entre iguales y amistad influyen en los menores y en la expresión de sus conductas, equilibradas o inadaptadas. En esta etapa, el papel de la familia es fundamental ya que puede reducir estos factores de riesgo aunque, aparentemente, con la llegada de la adolescencia la familia tiende a perder influencia sobre los/as hijos/as. Junto a esta disminución de “poder”, el grupo familiar también se ve alterado, da comienzo una dinámica de quejas y confrontaciones junto con los cambios de conducta en sus miembros. En paralelo a estos desacuerdos familiares, existen otras situaciones de distinta naturaleza e intensidad que pueden mermar la atención, el cuidado y la educación que la familia procura a sus hijos/as y que pueden desencadenar en déficits de atención a sus necesidades (horarios laborales extensos, conciliación laboral, padres estresados, implicación y tiempo de dedicación a los hijos...). Frente a estas situaciones, numerosas investigaciones han comprobado que el estilo de crianza desarrollado en el contexto familiar, favorecerá o disminuirá la manifestación de comportamientos problemáticos en los adolescentes.

La escuela no es ajena a estas manifestaciones de actitudes desajustadas en los adolescentes. Al igual que la familia, el centro educativo influye en el desarrollo de valores y comportamientos de riesgo en los menores, constituye el espacio social y de interacción en el que los niños viven multiplicidad de situaciones. La comunidad educativa representa uno de los mejores recursos para mediar en conductas problemáticas así como en la disposición del menor frente a las sustancias adictivas. Ante la complejidad y diversidad de comportamientos de los adolescentes, los centros de enseñanza desde un trabajo en equipo, conjunto de estrategias y métodos de trabajo, favorecen la organización escolar, mejora del comportamiento de los adolescentes y la convivencia del centro.

El comportamiento de los adolescentes es una de las principales preocupaciones de padres, profesores y la sociedad en general. Existe en la comunidad una intensa preocupación referente al desarrollo de conductas problemáticas y consumo de sustancias adictivas por parte de los adolescentes. Los menores tienen mayores posibilidades de modificar determinados comportamientos, pero esto solo es posible si existe un sistema de recursos apropiados para atender estas situaciones.

Situaciones que requieren una intervención especial, así como acceso a los recursos institucionales. Los estudios actuales revelan la importancia en la actuación preventiva y en la necesidad de disponer de recursos específicos que puedan transformar estos comportamientos de riesgo. Recursos, a veces, escasos o desconocidos por la ciudadanía. Corresponde a las instituciones públicas proporcionar servicios de atención y prevención para afrontar estos entornos en conflicto mediante la elaboración de programas y disposición de servicios especiales. Planes que, por otro lado, suponen un elevado coste social por el gasto público que implica atender estas situaciones y que, a su vez, pueden resultar insuficientes. Oferta de recursos que también pueden proporcionar instituciones privadas, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro a fin de fortalecer la intervención social en el ámbito de menores en situación de conflictividad.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, C., y Ponce de León. (2013). Rompiendo la hucha familiar. Estado de Bienestar y Familia en España, en un escenario de crisis sistémica. *Trabajo Social Hoy*, 69, 7-20. doi. 10.12960/TSH.2013.0007.
- Asociación Protégeles. (2 de noviembre de 2015). Obtenido de www.protegeles.com
- Ayuntamiento de Madrid. (30 de noviembre de 2015). *Infancia y familia*. Obtenido de <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Servicios-sociales/Infancia-y-familia?vgnextfmt=default&vgnnextchannel=aa56df2c54872210VgnVCM2000000c205a0aRCRD>
- Barrigüete, L. (2009). El profesorado ante la violencia y los conflictos escolares. *Educatio siglo XXI*, 27, 207-232.
- Cebario, B. (20 de octubre de 2015). *Revista Crítica*, 2011. Obtenido de <http://www.revista-critica.com/la-revista/monografico/enfoque/566-recursos-institucionales-de-prevencion-de-la-desproteccion-infantil-y-apoyo-a-la-infancia-y-la-familia>.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Wolak, J. (2000). *Online victimization: A report on the nation's youth*. Alexandria, VA: National Center for Missing and Exploited Children.
- Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR). (10 de noviembre de 2015). *El Teléfono del Menor*. Obtenido de www.anar.org

- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). (23 de octubre de 2015). Obtenido de www.fad.es
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 233-254.
- García, L., y López, R. (2011). Convivir en la escuela. Una propuesta para su aprendizaje por competencias. *Revista de Educación*, 356, 531-555.
- Ghiso, A. (2012). Algunos límites de las respuestas frente a la violencia y la inseguridad, en las instituciones educativas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 815-824.
- Gómez, A., Gala, F. J., Lupiani, M., Bernalte, A., Miret, M. T., Lupiani, S., y Barreto, M. C. (2007). El "bullying" y otras formas de violencia adolescente. *Cuad Med Forense* 13, 165-177.
- González, M. J., Domínguez, M., y Baizán, P. (2010). Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España. *Laboratorio de Alternativas*, 158, 5-56.
- Hernández, M., Gómez, I., Martín, M. J., y González, C. (2008). Prevención de la violencia infantil-juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological*, 8, 73-84.
- Hinduja, S., y Patchin, J. W. (2010). Bullying, Cyberbullying and Suicide. *Archives of Suicide Research*, 14, 206-221.
- Instituto para el Estudio de Adicciones (IEA). (29 de noviembre de 2015). *lasdrogas.info*. Obtenido de www.lasdrogas.info
- Jiménez-Iglesias, A., y Moreno, C. (2015). La influencia de las diferencias entre el padre y la madre sobre el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 1, 367-377.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science. Field Theory and Learning (1942)*. Washington, DC: US: American Psychological Association.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11, 51-63.
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, S.S. (2013). *Plan Nacional sobre Drogas*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, S.S. (22 de noviembre de 2015). *APP móvil Plan Nacional sobre Drogas*. Obtenido de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/appPNSD/home.htm>.
- Ministerio de Sanidad, S.S. (24 de octubre de 2015). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012-2013*. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>.
- Morales, F. M., y Trianes, M. V. (2012). Análisis de valores y actitudes en temas morales en estudiantes de Educación Secundaria. *Psicología Educativa*, 18, 65-77.
- Ochaíta, E., Espinosa, M. A., y Gutiérrez, H. (2011). Las necesidades adolescentes y

- las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Revista de Estudios de Juventud* 92, 87-110.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (26 de octubre de 2015). Obtenido de <http://www.unodc.org/drugs/es/about-the-world-drug-campaign/index.html>
- Olweus, D. (1993). *Bullying oat school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud: resumen*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Poch, F., González, M., García, Y., Malo, S., y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 1, 226-233.
- Ponce de León, L., Fernández, T., y De Lorenzo, R., (2016). Los proyectos de intervención individual y familiar. En L. Ponce de León y T. Fernández (Dir.), *Elaboración, gestión y evaluación de proyectos sociales. Intervención social y programación* (pp. 61-96). Madrid: Pirámide.
- Povedanoa, A., Cavab, M. J., Monreala, M. C., Varelac, R. y Musitua, G. (2015). Victimización, soledad, violencia manifiesta y relacional en la escuela desde una perspectiva de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 44-51.
- Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista Estudioso de Juventud*, 73, 11-23.
- Slonje, R. & Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 147-154.
- Smith, P. (2006). Ciberacoso: naturaleza y extensión de un nuevo tipo de acoso dentro y fuera de la escuela. *Congreso Educación. Palma de Mallorca*, 1-17.
- UNICEF España. (27 de noviembre de 2015). *Ciudades Amigas de la Infancia*. Obtenido de <http://ciudadesamigas.org/>
- Vega, A., y Aramendi, P. (2013). Alcohol en la Educación Secundaria Obligatoria: desde la preocupación por la borrachera al compromiso educativo de los centros escolares. *Revista Española de Drogodependencias*, 38, 251-262.

DEL CASTIGO A LA HUMANIZACIÓN. ADOLESCENTES EN CENTROS DE JUSTICIA JUVENIL: PERCEPCIONES Y REFLEXIONES

FROM PUNISHMENT TO HUMANIZATION. ADOLESCENTS IN JUVENILE JUSTICE CENTRES: PERCEPTIONS AND REFLECTIONS

José Javier Navarro Pérez, María Mercedes Botija Yagüe y Ángela Carbonell Marqués
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Grupo de Investigación GESinn-Instituto
Interuniversitario de Desarrollo Local (IIDL). Universidad de Valencia

Resumen: El presente trabajo pretende aproximar la perspectiva de los Adolescentes en Conflicto con la Ley (en adelante ACL) sobre su proceso reeducativo y de paulatina recuperación de la libertad. ¿Existe algún contexto para el aprendizaje más complejo que el de una institución que limita las libertades? Este trabajo proyecta que los contextos basados en metodologías de acompañamiento humano, vinculación afectiva y socioeducativa, constituyen verdaderos espacios de transformación y de empoderamiento de los ACL. Eleva la importancia del principio de resocialización en la recuperación de hábitos prosociales de los delincuentes juveniles. Este artículo reproduce los resultados de una investigación longitudinal en la que participaron 157 ACL ingresados entre los años 2008 a 2012 en distintos centros públicos de Justicia Penal juvenil. El principio de resocialización del ACL nace al albor de estrategias para la transformación y aprendizaje desde contextos inclusivos. Por tanto, los recursos personales y ambientales, se fusionan en un proceso de intercambio que incide en la reflexión del individuo. Las vivencias de los ACL convergen con las prácticas educativas recibidas. La técnica etnográfica del relato de vida nos traslada al imaginario analítico de los ACL.

Palabras clave: Adolescentes en Conflicto con la Ley, Vínculo afectivo, Justicia Juvenil, Investigación Cualitativa, Trabajo Social.

Abstract: This article seeks to bring the perspective of Adolescents in Conflict with the Law (hereinafter ACL) to the process of their re-education and their gradual regaining of freedom. Can there be a more complex context for learning than a custodial institution? This article suggests that contexts based on human accompaniment methodologies, emotional and socio-educational bonding, are true spaces for ACL transformation and empowerment. It highlights the principle of resocialization in the recovery of prosocial habits in juvenile delinquents. The article presents the results of a longitudinal research project involving 157 ACLs residing in different public criminal justice juvenile centres.

The principle of the resocialization of ACLs was born when strategies aimed at transformation and learning in inclusive contexts began to appear. Therefore, personal and environmental resources merge in a process of exchange that has an influence on the individual's reflection. The experiences of the ACLs converge with the educational practices received. The ethnographic technique known as "life story" sheds light on the analytic imaginary of ACLs.

Key words: Adolescents in Conflict with the Law, Affective bond, Juvenile justice, Qualitative research, Social work.

| Recibido 15/09/2015 | Revisado 29/10/2015 | Aceptado 15/11/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: José Javier Navarro Pérez. Universidad de Valencia. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Avenida Tarongers, 4B. 46021. Valencia. Tfno. 96 383 81 93. Email: J.Javier.Navarro@uv.es.

Referencia normalizada: Navarro, J. J., Botija, M. M., y Carbonell, A. (2016). Del castigo a la humanización. Adolescentes en Centros de Justicia Juvenil: percepciones y reflexiones. *Trabajo Social Hoy*, 77, 25-41. doi 10.12960/TSH.2016.0002.

1. INTRODUCCIÓN

Nos adentramos en la política de reeducación a través del tratamiento socioeducativo recibido por los Adolescentes en Conflicto con la Ley internados en los centros de Justicia Juvenil de Valencia. La educación para el desarrollo implica que la intervención socioeducativa deba asumir un importante reto: favorecer estrategias para que los adolescentes en conflicto con la ley puedan empoderarse.

Los nuevos paradigmas influenciados tanto en corrientes pedagógicas próximas al humanismo como en bases psicológicas de la cognición, interpelan que las intervenciones contemporáneas se ejecuten tomando en consideración al contexto y a las potencialidades que de él se desprenden (Huang y Waxmann, 2009). Así pues, es necesario utilizar el contexto como estrategia educativa que permita la promoción de los ACL, acompañados por personal educador en relación educativa. A través de la perspectiva cualitativa que concede el relato de vida, se ha logrado integrar la percepción reflexiva de los ACL sobre los aprendizajes adquiridos durante su proceso reeducativo.

2. EL TRATAMIENTO EN LA RECUPERACIÓN DEL DELINCUENTE JUVENIL

Actualmente las perspectivas de tratamiento socioeducativo de los ACL sometidos a la justicia juvenil se dimensionan a partir de prácticas basadas en la conducta, en la competencia social y otras menos frecuentes basadas en el acompañamiento socioeducativo y en las posiciones cognitivo-reflexivas (Botija, 2015). Por tanto, a continuación vamos a referenciar brevemente las principales estrategias educativas para la recuperación de los ACL.

2.1. LOS PROGRAMAS DE COMPETENCIA SOCIAL

Las estrategias de cambio más específicas para el tratamiento con delinquentes se articulan desde los programas asociados a la competencia social (Garrido, 1990; Hare, 1998; y Trianes y Sánchez, 2005). Estos programas incluyen las destrezas, habilidades y estrategias socio cognitivas que el sujeto ha de asumir para interactuar con las mayores garantías de que su socialización se ajuste a los cánones exigidos por el control social. En el seno de estas competencias sociales se incluyen las habilidades sociales, el autocontrol, la graduación de las propias emociones, el reforzamiento social y las estrategias para resolver problemas de manera adecuada, permitiendo que el adolescente sometido a la justicia juvenil pueda hacer frente con éxito a las demandas que le rodean en su espacio cotidiano.

Junto al comportamiento prosocial, la competencia social incluye las variables relacionadas con habilidades sociales, cognitivas y emocionales necesarias para que esa vinculación significativa, sea posible. Para ello, serán necesarias según refiere Ortiz (1992) habilidades para negociar en lugar de imponer, saber resistir una provocación o un desafío sin la utilización en tal acto de la violencia, generar diferentes alternativas como posible respuesta ante una situación de crisis, identificar qué pensamiento provoca determinadas reacciones contrarias a los intereses individuales para poder abortarlas a través de estrategias positivas e integradoras, etc.



Figura 1.- Paradigma de la Competencia Social.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Garrido y López-Latorre (2001).

La aplicación en nuestro país del modelo cognitivo de rehabilitación y prevención de la delincuencia, se conoce como programa de pensamiento prosocial (Ross, Fabiano, Garrido y Gómez, 1996). Este enfoque es utilizado reiteradamente en los centros de reforma de nuestro país (Tarín y Navarro, 2006), fundiéndose junto con estos programas prosociales, técnicas y estrategias derivadas de paradigmas de corte conductual, que posibilitan la auto-regulación de los sujetos, pero que, por otro lado, inciden en el aumento de su competencia psico-social.

2.2. ESTILOS DE TRADICIÓN HUMANISTA: LA PERSPECTIVA AMIGONIANA

Este paradigma que emana del humanismo reflexivo, creció en relación con las metodologías de tipo reeducativo; la experiencia logró fundamentar un modelo particular relativo al trabajo con menores delincuentes en los propios centros de reeducación.

Esta óptica de la acción pedagógica, es la que se viene instrumentalizando en la Colonia San Vicente Ferrer, una de las instituciones españolas de reforma junto al ya desaparecido Centro de Reforma de Amurrio, con más raigambre y representatividad de nuestro país (García Valdés, 1991).

Vives (2001) define que el modelo psicopedagógico Amigoniano se forjó en la Casa del Salvador de Amurrio, habiéndose gestado en la década de los años veinte, gracias al interés de la congregación de los Terciarios Capuchinos en dar un tratamiento especializado a los niños y jóvenes menores de edad desprotegidos o sometidos a la delincuencia. Asimismo, los religiosos pretendían ofrecer un servicio que reflejara, junto al carácter humanitario, las posibilidades que la reflexión y la experimentación científica ofrecían respecto al conocimiento del sujeto (Bugallo, 1988).

Seguidamente nos gustaría rescatar algunas claves de este sistema que Vives (Ob. Cit.) identifica:

- *Concepción humanista* en torno a la promoción de la persona. El sistema pedagógico de los Terciarios Capuchinos, se implementa a partir de esta premisa: en el centro se ubica la persona y desde ella se estructuran las diferentes intervenciones a realizar.
- *Desarrollo y entrenamiento de la afectividad*: Constituye uno de los elementos que sitúa este enfoque fuera de las prácticas estrictamente conductistas.
- *Educación de la voluntad*: Entendida esta como capacidad de autonomía personal y social.

Esta descripción representa el método Amigoniano, que según Carasa (1997) lo define como una experiencia que gira en torno a la institución pero donde el ACL es protagonista de su desarrollo individual, familiar y social, pudiendo trasladar a su contexto de referencia, y en la medida de las posibilidades que jurídicamente cada caso permite, los aprendizajes en su medio cotidiano natural.

3. METODOLOGÍA

Los relatos de vida constituyen una perspectiva fenomenológica, que visualiza la conducta humana, lo que las personas dicen y hacen, como el producto de la definición de su mundo (Santamarina y Marinas, 1995). Esta técnica busca capturar el proceso de interpretación, analizando la realidad social desde la propia percepción del sujeto, quien está continuamente interpretándose y definiéndose en diferentes situaciones (Sarabia, 1985 y Chamorro, 2009).

Nos parece oportuno reflejar la percepción de Vallés (2003) al identificar las subjetividades de los procesos vitales como una técnica capaz de narrar la *realidad sentida*, ya que en nuestro caso, nos preocupaba especialmente que los ACL hiciesen referencia al tratamiento reeducativo recibido relacionándolo con su experiencia vital.

La selección de los entrevistados se realizó a partir de la información ofrecida por los profesionales de los Centros de Reeducción sobre los que se realizó el estudio. Se abordaron fundamentalmente estos objetivos:

1. Aportar su percepción respecto a los factores de riesgo y/o protección y la capacidad del ACL por trasladar su experiencia oralmente.
2. Analizar los procesos reeducativos.
3. Describir el tratamiento reeducativo recibido, la importancia del contexto social para la recuperación del ACL y las dinámicas socioeducativas implementadas.

De los 157 ACL que configuraron la muestra, se seleccionaron 22, de los que solamente 9 pudieron ser entrevistados. De estos, finalizamos 6 relatos con éxito para ser implementados como cuerpo empírico del presente trabajo. Todos los relatos autobiográficos fueron identificados con nombres de tipo geográfico para evitar la posible identificación. Desde los planteamientos de responsabilidad ética (Silverman, 2009), se obtuvo el consentimiento informado, a efectos que los sujetos decidiesen autónoma y voluntariamente su participación en la investigación.

La siguiente tabla reproduce los protagonistas de los relatos finalmente reproducidos:

Tabla 1. Datos identificación Relatos de Vida

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	INTERNAMIENTO
Sofía	20	No trabaja	15 meses
Santi	23	No trabaja	26 meses
Sebas	20	Trabajo eventual	18 meses
Asun	18	No trabaja	12 meses
África	21	Trabaja y estudia	12 meses
Salva	23	Trabaja y estudia	15 meses

Fuente: Elaboración propia.

Con la intención de verificar las percepciones, se realizaron dos grupos de discusión a efectos de analizar las categorizaciones obtenidas sobre la combinación de prácticas socioeducativas que habían integrado los ACL.

El tratamiento cualitativo se efectuó mediante el programa informático MAXqda 10. La utilización de software facilita la manejabilidad de los testimonios obtenidos, especialmente en el proceso de codificación. Se procedió a la articulación discursiva en niveles de abstracción. El tratamiento de los textos se realizó a partir de dos niveles: textual y conceptual. Se articularon dos categorías de análisis a partir de los estilos de socialización y los riesgos, integrando subcategorías de análisis e indicadores tal como se

evidencia en el apartado correspondiente a resultados. Adicionalmente se utilizaron los programas ALBA y MENOR-J para identificar aquellos ACL que habían sido sometidos a medidas judiciales de internamiento superiores a nueve meses, con objeto de que pudieran ofrecer una visión coherente y amplia de su proceso de internamiento.

4. RESULTADOS

Vamos a tratar de describir los principales hallazgos que nos deja el presente trabajo empírico:

a) La percepción subjetiva de la responsabilidad del YO

Constituye esta la verdadera dimensión educativa que describe la actual reglamentación de justicia juvenil en nuestro país y que como tal, reprueba la responsabilidad penal de los menores; es decir, la conciencia de responsabilidad del sujeto en su acción tipificada penalmente.

“Yo no creía que eso era tan grave y la fiscal me dijo que traficar con productos de ese tipo y sin control se podía morir la gente” (Salva).

“A lo hecho, pecho” (Santi).

Los ACL necesitan de apoyo adulto para reconducir sus errores en responsabilidades. En ausencia de las redes familiares biológicas, necesitan de apoyo reflexivo que permita canalizar las dificultades de su proceso socializador.

“de mi padre, lo que más me habría gustado es que me hubiese hecho caso..., siempre pasaba de mi [...], y con mi madre yo hacia lo que quería” (Asun).

Echar la culpa de las actuaciones de uno mismo a las fracturas y vivencias del pasado evita que el ACL perciba su responsabilidad en los hechos asumidos. El lenguaje de la justificación es útil ante la policía, con los progenitores o en la escuela, pero no lo es cuando el peso de la justicia recae sobre el ACL. Es ahí donde este debe integrar lo que ha sucedido para transformar su realidad inmediata.

“lo que yo vivía antes de entrar al reformatorio era una mentira, luego te pegas “to” la ostia y ya..., aquí te enseñan a ver las cosas desde el otro lado..., la vida es otra cosa” (Santi).

b) Importancia del trabajo por procesos socioeducativos

El trabajo social por procesos implica que el ACL ha de continuar un plan de acción marcado esencialmente por objetivos a corto plazo para ir afianzando otras perspectivas más amplias. El sistema de fases acompaña la vida cotidiana de los centros de reeducación, donde es el propio adolescente quien va advirtiendo su evolución. Un proceso que a medida que ha evolucionado, amplía el grado de libertad y responsa-

bilidad. En cierto modo las principales estrategias que favorecen un desarrollo socio-educativo efectivo.

“dejé de consumir en el tiempo que estuve allí, mejoré la relación con mi familia, aprendí a autocontrolarme, a hacer muchas cosas de labores que hacíamos allí, seguí estudiando, conocí gente..., he aprendido las cosas que de verdad son importantes en la vida” (África).

“al principio las educadoras “mu” pesás... todo normas, horarios... una agonía que flipas” (Sofía).

Los adolescentes adquieren una sensación de valía a medida que el proceso educativo avanza y ello favorece sentirse más integrado en otros espacios cotidianos.

“Conforme estaba mejor, me mandaban a hacer los recaos. Primero a tirar la basura del grupo, luego a por las meriendas a cocina, ya con el tiempo a la farmacia y a lo último los educadores me mandaban a recoger los billetes para el tren” (Sebas).

c) Afloramiento de las emociones. Reconducir la afectividad y los miedos en clave positiva

Muchos de los ACL que pueblan los centros de justicia juvenil tienen grandes dificultades para “domar”, su genio. En muchas ocasiones, el exceso de emotividad se traduce en prácticas violentas. Es importante que el personal educador de los centros tenga capacidades para detectar y orientar en positivo este exceso de hormonas agresivas y que a la vez se pueda utilizar en una estrategia educativa para que el ACL identifique la manera en que se deben alcanzar los objetivos.

“en el centro aprendes a callarte..., te enseñan a que respetando tú a la gente, te respetarán a ti..., es la forma de conseguir las cosas” (África).

“es un cambio “mu” grande porque en la calle todo se saca a trompazos y si llevas la misma marcha allí “adentro”, no ganas “pa ná” bueno...” (Sebas).

También es importante reconducir el miedo, ya que educar con él produce un guiño al fracaso. Por tanto, es muy importante que el educando se deshaga de estos condicionantes y adquiera, en la medida de lo posible, una dimensión natural a la tarea educativa. Es decir, es importante arraigar la propia desnaturalización que erige la educación recluida en los muros de los centros privativos de libertad.

“allí había ladrones de verdad... de coches, de bares, gente que había secuestrao, violadores..., esos eran de verdad, y yo era un mierdecilla..., los educadores lo sabían y me ayudaron” (Salva)

d) Acompañamiento humano

Se convierte en un elemento básico que el propio ACL detecte que está siendo acompañado, que se confía en él, que se le marcan unos plazos y que debe responder en consecuencia a las expectativas que se han generado con su desarrollo reeducativo.

“me dijeron que si me portaba bien y las cosas mejoraban en casa, me iría pronto..., y no me engañaron” (África).

Los ACL detectan los espacios en los que se sienten valorados. De algún modo, sentirse valorado, implica sentirse querido y los ACL sometidos a situaciones de fragilidad necesitan sentirse, como cualquier individuo, útiles por lo que hacen y por cómo lo hacen. El verbatio acompaña el presente análisis:

“Confiabán mucho en mí y el hecho de que los demás crean que tú eres importante y que vas a hacer las cosas bien, te ayuda a que sigas bien y que ayudes a otros a estar mejor... Te sientes importante. Si te digo la verdad, en el instituto nunca me había sentido así” (Salva).

La progresión es un elemento constante que el ACL percibe a lo largo de su periodo de privación de libertad, entendiendo esta como una parte más del mismo:

“allí todos los gatos son pardos, bueno, somos pardos... Ninguno habíamos hecho nada... pero todos sabíamos que por no hacer nada no te encierran” (Santi).

“de no reconocer ni asumir nada, pasas a decir bueno vale, lo he hecho por culpa de tal..., y de ahí a asumir que si lo vuelves a hacer te vuelven a encerrar. O sea de no haber sido tú, a saber que si vuelves a cagarla..., vas pa dentro” (Asun).

e) Del confinamiento al principio de resocialización

La justicia juvenil de los nuevos tiempos trata a los adolescentes como sujetos de derechos y también de responsabilidades. Se trata de una justicia adaptada a las disposiciones de las organizaciones y compromisos internacionales. Esto implica un trabajo conjunto por parte de todas las instituciones: judiciales, sociales y educativas para integrar adecuadamente al ACL que ha perdido sus libertades.

“Yo entré con casi 17 años y claro, un chaval con esa edad necesita un trabajo. La trabajadora social me ayudó a buscar trabajo para no cagarla, y no la cagué” (Sebas).

“Me dejaban ir a entrenar al equipo de mi pueblo. Me cogía el tren los martes y jueves y después me volvía “pal” centro. Hablaron con mi entrenador y tal vieron que... por el hecho de tener problemas con mis padres no significaba que me castigaran con dejar de hacer deporte. En el club no tenía problemas” (Salva).

Los centros de justicia juvenil se convierten en escenarios temporales para la redención de las medidas judiciales impuestas y lógicamente durante el proceso de desarrollo del menor, el principio de resocialización debe influenciar la vida cotidiana del adolescente.

“Me llevaron al reformatorio porque no respetaba a la gente...” (África).

“Vivir en sociedad no significa que cada uno haga lo que le salga del rabo..., si haces eso, te encierran” (Santi).

“Nos llevaban a museos, a la feria, a esquiar y nos enseñaban cómo hay que comportarse en la vida. La verdad que casi todas sabíamos cómo hacer las cosas, pero nos habíamos acostumbrado a hacerlas mal” (África).

El hecho de perder la libertad influencia los patrones de interiorización sobre los factores positivos que integran la socialización y que hasta la fecha el adolescente ha desconsiderado.

“el tiempo que te tires allí encerrao ya lo has perdido... y por eso si eres listo, intentas salir de allí cuanto antes; porque aunque la gente que trabaja allí te ayuda, no es tu sitio” (Asun).

“cuando estas allí y sales de permiso..., ves lo que te has perdido por cuatro sirlas...” (Santi).

“la libertad no se valora hasta que no se pierde” (África).

El peligro de la institucionalización de los ACL que se encuentran sometidos a una concatenación de medidas judiciales y que su comportamiento no mejora, pone en riesgo el principio de contacto con el medio social.

“el que la liaba parda, no sabía” (Sofía).

“que había chavales allí conmigo, como aparcaos..., se habían acostumbrao a los horarios del centro..., como un tonto de las normas; ahora esto, ahora lo otro, ahora merendar, ahora cenar..., luego dormir. Como una película de esas de locos que siempre hacen lo mismo” (Santi).

En este proceso, es vital poder establecer un equilibrio entre las medidas de control, educativas, de promoción y reinserción.

5. DISCUSIÓN

Los actuales marcos de la justicia penal juvenil articulados desde las democracias occidentales, centran su acción en modelos de responsabilidad (Venceslao, 2012). Los países de nuestro entorno reflejan este posicionamiento. Sin embargo la justicia y el mundo de la reeducación necesitan nexos de unión; actualmente los modelos de competencia social que abogan por la cognición (Garrido y López-Latorre, 2001) se han hecho un hueco en el panorama reeducativo.

A ellos, se han sumado los ya tradicionales conductistas (Hernstein, 1980) y otros modelos humanistas que centran su objeto de transformación en las capacidades y confianza en la persona (Cian, 2004), en la acción de la educación afectiva (Navarro

y Puig, 2010) y en las redes constructivas que les unen a su entorno (Tarín y Navarro, 2006). Por tanto, es importante significar la cognición, responsabilidad, la conducta y la persona como principales aspectos recuperadores desde el actual marco de justicia juvenil. Si bien es cierto que los tres primeros son ampliamente abordados (Botija, 2015), coincidimos con Nácher y colaboradores (2004) al identificar al individuo en clave humana como vehículo para la transformación y desarrollo de su mundo afectivo.

Si nos aproximamos al verbatum expuesto en los relatos de vida de los ACL, estos no hacen más que centrar su atención en la educación afectiva, en la responsabilidad y en la importancia de los procesos como principales estrategias para su empoderamiento. Los relatos sobredimensionan el trato cordial, afable y respetuoso cotidiano con trabajadores sociales, educadores y demás profesionales (Santi, Sofía, Sebas) y también la existencia de normas que obligaban a asumir una conciencia responsable (Asun y Salva).

5.1. POSICIONES QUE AYUDAN A LA TRANSFORMACIÓN

La diferencia entre los enfoques que se ubican en un paradigma de modificación del comportamiento (Fernández Pardo, 1979, Hernstein, Ob. Cit, y Andreu, Peña y Peinado, 2013), y los que se aglutinan en torno a la recuperación de la persona (Cian, Ob. Cit) como ente afectivo, permiten que el ACL integre el mensaje sobre el que se construye su proceso. Es en este punto, en el que los fundamentos de los sistemas resultan valiosos para configurar este ámbito de actuación con adolescentes.

Aunque a primera vista la práctica actual de estos sistemas de atención socioeducativa puedan referir críticas relativas al establecimiento de los límites entre la dimensión personal y la profesional (Ballester y Sánchez, 2011), descubrimos en las prácticas basadas en el afecto, más atisbos de promoción, recuperación, y normalización de la persona, que en otros enfoques psicosociales más modernos cuya implementación en Centros de Reeducción, se asemeja directamente a los regímenes penitenciarios. Uceda (2011) realiza una aproximación a partir de las voces de profesionales del mundo de la reeducación y de ACL sometidos a diferentes internamientos judiciales en distintos centros. Desde sus discursos se deriva que el trato humanizador, cercano y afectivo constituye uno de los principales ejes de transformación del individuo. En esta línea Morente y Domínguez (2009) contribuyen a evidenciar que los nexos de afectividad de ACL con educadores, maestros y personal de los centros constituye una herramienta fundamental para aproximar posiciones con los ACL sometidos a la regulación de la justicia penal de menores. Uceda y Navarro (2013: 74), afirman que desde los centros de amplia tradición humanista como vienen representándose en *“la Colonia San Vicente es partícipe de un modelo basado en la relación democrática, el respeto a la diferencia y enseñanza activa”*, ajeno a otras metodologías reeducativas posi-

cionadas en un *currículum oculto* que emana de la sociología crítica de la educación (Young, 1971; y Eggleston, 1980). Este *currículum* encubierto, incide en la existencia de realidades sumergidas bajo lo que señalan los planes educativos de cualquier tipo de institución educativa. Añade Gimeno-Sacristán (1988: 31) *“el currículum oculto es algo diferente al currículum formal que presentan los centros educativos y que puede llegar a ser peligroso si logra sustituir al oficial”*.

Aunque la tarea es compleja y no exenta de ciertos riesgos, las metodologías basadas en enfoques que posicionan al ACL como protagonista del proceso reeducativo, conciben interés en incentivar las prácticas cotidianas que permitan una vida socializadora dentro y fuera de las instituciones de reforma. En este sentido, nos apoyamos en Moya (2008) para el cumplimiento de objetivos prosociales que de alguna manera se observan en la experiencia:

- a) Que el ACL aprenda a pensar, ser creativo, crítico y reflexivo; favoreciendo circunstancias dialógicas y la reflexión del personal que desarrolla la acción socio-educativa como referente principal en el proceso.
- b) Trabajar la capacidad para relacionar los aprendizajes cotidianos y los transfiera a otras situaciones que se producen en su entorno natural de referencia.
- c) Favorecer pautas de convivencia ante opiniones diferentes mediante la socialización en ópticas diversas, aprendiendo a respetar las posiciones y los diferentes puntos de vista.
- d) Fomentar la autonomía y responsabilidad del ACL, adecuando su proceso a las particularidades individuales, tomando el espacio colectivo y la utilización de herramientas adecuadas para empoderarse.
- e) Incorporar a los objetivos del proceso reeducativo la dimensión socializadora que integra el principio de resocialización con el entorno.

Las limitaciones de la intervención en ámbitos reeducativos cerrados son evidentes, pero desde esta perspectiva de proximidad afectiva es cómo los relatos de los ACL construyen su particular proceso de cambio. Recuperamos un fragmento de Sofía que incide en esta cuestión: *“A mí lo más importante que me llevé del centro es que te hablaban como si fueras una mayor, ¿sabes?, te daban oportunidades, pero si la cagabas no era como en la calle que le podías echar la mierda al primero que fuera pasao. Te comías to el marrón porque era en verdad la responsabilidad que te habían dao pa no cagarla...”*. Es decir, el ACL es consciente de la apuesta que se realiza por él –ella en este caso–, una apuesta humana, cercana y que va más allá de su victimización o del sometimiento a modelos *“sensibleros”* (Puig, 2010). Del mismo modo, esta óptica se aleja de las prácticas conductistas que inciden en los patrones de comportamiento para transformar la naturaleza individual de los sujetos, sin considerar su medio natural o social del que forman parte (Leventhal y Zimmerman, 2004). Los relatos de los ACL hacen referencia a la construcción de actividades lúdicas para la relación, paralelas a las particularidades normativas del propio internamiento.

5.2. RECHAZO DEL VICTIMISMO PERO TAMBIÉN DE LA ATRIBUCIÓN DE ETIQUETAS PERENNES

La justificación de los comportamientos y la delegación de responsabilidades propias a factores ajenos al individuo, son variables que los ACL utilizan para evitar la asunción de sus actos. Echar la culpa a otro de sus acciones es mucho más sencillo que el proceso que requiere asumirlas. Pero aun así, no podemos considerarles únicos culpables de los conflictos que generan, pues detrás de sus acciones subyacen diferentes problemáticas, fruto de una sociedad líquida que exporta incertidumbre (Bauman, 2007), de un sistema económico vulnerable y político mercantilizado a los intereses particulares de los *lobbies* de poder (Cann, 2015).

Cuando miramos con atención a los ACL, descubrimos la honda huella que han dejado sus circunstancias familiares, su relación con la educación formal, el abandono desde las instituciones para la participación, los mandatos de la sociedad de consumo... Por tanto, no será justo etiquetar a los ACL como delincuentes perdurables en el tiempo porque coincidiendo con Goyette (2010) dificultará su proceso de recuperación y de tránsito a la vida adulta.

Entonces culpables no, pero sí responsables. Coincidiendo con Daining y Depanfilis (2007) huimos de aquellos análisis lineales que exculpan al adolescente, pero acaban convirtiéndolo en única víctima de la situación. Pero aun así, es importante reconocer que el adolescente también es víctima de su familia, de las incertidumbres de la sociedad de consumo, de las instituciones de intervención social, de la incompreensión del sistema educativo... Esta lectura positivista y ultra proteccionista de la realidad, podría inhabilitar al adolescente para su libre desarrollo. Sin embargo, no podemos sancionar a este como si fuese un adulto, en primer lugar porque no lo es, y en segundo término porque necesita finalizar su proceso de transición a la vida adulta. El endurecimiento para algunos tipos penales –maltrato– y la sobredimensión que han alcanzado la ejecución de medidas de internamiento cautelar, quedan en el haber de resultados del presente trabajo, pero además son una prueba más del proceso de *culpa* al que se somete al ACL.

La presente discusión deja al descubierto las vergüenzas de los procesos reeducativos basados en la conducta como tratamiento exclusivo en la recuperación de delincuentes (Mañalich, 2007) acompañados por programas que plantean la gestión del conflicto en un entorno exclusivo de competencias (Alba et al., 2005). Si recurrimos a los saberes científicos sobre intervención socioeducativa, encontraremos continuas referencias a la necesidad de ofrecer atención individualizada, la conveniencia de la intervención en el propio entorno y de la aplicación de programas incidentes en la normalización del adolescente (Fernández-Gutiérrez, 2003); sin embargo, observamos como la punición y castigo dominan la escena reeducativa. Los relatos de vida de los ACL centraron su discurso en torno al interés por la humanización de las relaciones socioeducativas en

los centros de justicia juvenil, a la importancia del proceso de resocialización integrado como parte del proceso educativo y al uso de la afectividad como herramienta para revertir situaciones de riesgo y convertirlas en clave de promoción.

6. CONCLUSIONES

La justicia juvenil de los nuevos tiempos trata a los adolescentes como sujetos de derechos y también de responsabilidades. Se trata de una justicia adaptada a las disposiciones de las organizaciones y compromisos internacionales. Esto implica un trabajo colectivo desde diferentes esferas: judicial, social y educativa para integrar adecuadamente al ACL que ha perdido sus libertades. Para ello es importante contar con su medio natural y prosocial. En este proceso, es vital poder establecer un equilibrio entre las medidas de control, las educativas y las de promoción y reinserción.

Los recursos personales y ambientales, han de fusionarse con el objetivo de alcanzar resultados positivos dentro de un proceso de intercambio capaz de incidir en la reflexión del individuo. Los ACL necesitan ver otras cosas, pues la realidad no solo es la que viven en su barrio y con su gente. Necesitan vincularse a otras sensaciones y analizar la realidad desde una nueva mirada para valorar que el desarrollo social no tiene límites, sino que es la propia actividad humana la que lo condiciona en la forma de delitos, conflictos no resueltos y fracturas del entorno. En este sentido, Tezanos (2014) refiere que la parquedad de *miras* circunscribe la capacidad de desarrollo de los seres humanos al entorno próximo, dejando de un lado otras potencialidades que circulan en distintos escenarios vitales.

El éxito o fracaso de las intervenciones reeducativas no depende sólo del modelo ideológico de referencia, de la acción de los profesionales, de los recursos para la intervención profesional o de la dificultad que entrañen los procesos vitales de los ACL. Si evaluamos así podemos perder la perspectiva de la realidad, ya que hemos de exigir en las políticas públicas un claro posicionamiento sobre modelo o modelos desde los que atender a adolescentes sometidos a la acción de la justicia. De acuerdo con Molina (2013) el mantenimiento de la cohesión es fundamental para mantener el orden social.

Las propias experiencias de los ACL convergen con las prácticas educativas recibidas, integrando una experiencia vital forzosa (Lahire, 2007) que la justicia juvenil pone de manifiesto. Los discursos de los ACL hacen referencia a una nueva mirada de su realidad. La punición y la pérdida de libertades caracterizan el espacio social de los centros de justicia juvenil. Sin embargo, el tratamiento educativo recibido fusiona los afectos y el lenguaje del acompañamiento cotidiano.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alba, J. L. (2005). El programa del pensamiento prosocial. Versión corta para jóvenes. En V. Garrido y M^a. J. López. (coords.). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol. 2. Los programas del pensamiento prosocial* (pp. 95-310). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Andreu, J. L., Peña, M. E., y Peinado, M. (2013). Impulsividad cognitiva, conductual y no planificadora en adolescentes agresivos reactivos, proactivos y mixtos. *Anales de psicología*, 29, (3), 734-740.
- Ballester, M. G., y Sánchez, J. (2011). La dimensión pedagógica del enfoque de competencias en educación obligatoria, *ENSAYOS: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, consultado 22.11.2015 en www.uclm.es/ab/education/ensayos.
- Baumann, Z. (2007). *Retos de la educación en la modernidad líquida*. Barcelona: Gedisa.
- Botija, M. M. (2015). *Los centros de Reforma en España atendiendo al principio de re-socialización y desde la perspectiva del Trabajo Social*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Bugallo, J. (1988). *Pro-infancia delincuente: Los reformatorios de niños. Lo que son y lo que debían ser*. Madrid: Castro.
- Cian, L. (2004). *El sistema preventivo de Don Bosco. Líneas maestras de su estilo*. Madrid: CCS.
- Cann, V. (2015). Las lucrativas puertas giratorias de Bruselas: vaivén de altos funcionarios europeos entre la Comisión y los negocios. *Le Monde Diplomatic*, 239, 24-25.
- Carasa, P. (1997). *La revolución nacional-asistencial durante el primer franquismo (1936-1940)*. *Historia Contemporánea*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Chamorro, J. M^a. (2009). *Lenguaje, mente y sociedad. Hacia una teoría materialista del sujeto*. Universidad de La Laguna: Servicio de Publicaciones.
- Dainnig, C., y Depanfiles, D. (2007). Resilience of youth in the transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, 29, 1158-1178.
- Eggleston, J. (1980). *Sociología del currículo escolar*. Buenos Aires: Troquel.
- Fernández-Gutiérrez, A. M. (2003). *La intervención socioeducativa como proceso de investigación. Una experiencia de reflexión-acción en Centros de Menores*. Valencia: Nau Llibres.
- Fernández-Pardo, A. (1979). *Acción y reacción. Descompensación reactiva*. Guadalajara-Mex.: Relaces.
- García- Valdés, C. (1991). *Los presos jóvenes*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Garrido, V. (1990). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. Barcelona: Ceac.
- Garrido, V., y López-Latorre, M^a. J. (2001). *La Prevención de la delincuencia: un enfoque de la competencia social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gimeno-Sacristán, J. (1988). *Profesionalización docente y cambio educativo*. Publicaciones de la Universidad de Valencia.

- Goyette, M. (2010). El tránsito a la vida adulta de los jóvenes atendidos desde los Servicios Sociales, *Pedagogía Social: Revista interuniversitaria*, 17, 43-56.
- Hare, R. H. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birketsmith y R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior* (pp.188-212), N.Y: The Guilford Press.
- Hernstein, R. S. (1980). Evolución del conductismo. *Estudios de Psicología*, 1, 46-63.
- Hunag, G. S. y Waxmann, H. C. (2009). The association of school environments to student teachers satisfaction and teaching commitment. *Teaching and Teacher Education*, 25, 235-243.
- Lahire, B. (2007). Childhood and Youth: Socialization Periods Subjected to Multifold Constrictions. *Revista de Antropología Social*, 16, 21-38.
- Leventhal, B. y Zimmermann, A. D. (2004). Residential treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, (2), 25-33.
- Mañanlich, J. P. (2007). La pena como retribución. *Estudios Públicos*, 108, 117-206.
- Martínez-Reguera, E. (1989). *Cachorros de nadie*. Madrid: Editorial Popular.
- Molina, F. (2013). Venganza y encierro como funciones restauradoras del orden social: un enfoque simbólico-ritual del crimen en la cultura Wayuu. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Extra*, 0, 473-489.
- Morán, J. A. (1999). *Delincuencia juvenil en la clase media*. Tesis Doctoral Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- Morente, F., y Domínguez, M. (2009). Menores infractores en instituciones de reforma. Una mirada desde dentro. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 126, 71-106.
- Moya, J. (2008). Las competencias básicas en el diseño y desarrollo del currículum. *Revista Currículum*, 21, 57-78.
- Nácher, M. J., Cortés, M. T., Meste, M. V., Tur, A., y Samper, P. (2004). Aportación de los Terciarios Capuchinos a la evaluación psicológica de menores desadaptados. *Revista de Historia de la Psicología*, 25, (4), 67-82.
- Navarro, J. J., y Puig, M. (2010). El valor de la educación afectiva con niños en situación de vulnerabilidad acogidos en instituciones de protección: un modelo de trabajo social basado en la cotidianidad, *Revista de Servicios sociales y Política Social*, 90, 65-84.
- Ortíz, J. (1992). Programa experimental del tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad (en una población de jóvenes delincuentes de entre 21 y 25 años). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, (60), 312-336.
- Puig, M. (2010). La educación afectiva de menores residentes en centros, en el marco de la cotidianeidad. En J. V. Pérez, J. J. Navarro y F. X. Uceda (Eds), *Propuestas de intervención socioeducativa con las adolescencias* (pp. 83-98). Valencia: Nau LLibres,
- Ross, R., Fabbiano, E., y Garrido, V. (1996). *El pensamiento prosocial: El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia y abuso de drogas*. Valencia: Cristóbal Serrano.

- Santamarina, C., y Marinas, J. M. (1995). Historias de vida e historia oral. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 257-285). Madrid: Síntesis.
- Sarabia, B. (1985). Historias de vida. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 29, 165-186.
- Silverman, D. (2009). *Doing qualitative research*. California: Sage.
- Tarín, M. y Navarro, J. J. (2006). *Adolescentes en Riesgo. Casos Prácticos y estrategias de Intervención Socioeducativa*. Madrid: CCS.
- Tezanos, J. F. (2014). Tendencias en desigualdad, discriminación y exclusión social. *Sistema: Revista de ciencias sociales*, 233-234, 11-28.
- Trianes, M. V., y Sánchez, A. M. (2005). Intervención en el desarrollo de competencia social para mejorar la convivencia en los centros educativos. En F. Haro, *Psicología Evolutiva y de la Educación*, (Tomo II, cap. 39, pp. 320-350). Málaga: Aljibe.
- Uceda, F. X. (2011). *Adolescentes en Conflicto con la Ley. Una aproximación comunitaria: Trayectorias, escenarios e itinerarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Uceda, F. X., Matamales, R., y Montón, C. (2011). La importància de la vinculació educativa com a prevenció de la delinqüència juvenil. *Pedagogia i Treball Social*, 1, (1), 97-113.
- Uceda, F. X., y Navarro, J. J. (2013). La política de reeducación en la Comunitat Valenciana: Un análisis de las prácticas educativas de los centros de justicia juvenil, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 55-77.
- Vallés, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Venceslao, M. (2012). *Pedagogía Correccional. Estudio Antropológico sobre un centro de Justicia Juvenil*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vives, J. A. (2001). *Identidad Amigoniense en Acción*. Valencia: Martín Impresores.
- Young, P. (1971). *Knowledge and control: New directions for the Sociological Education*. London: Collier-McMillan.

BULLYING HOMOFÓBICO EN EL CONTEXTO MEXICANO: VOCES DESDE ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL REGIOMONTANOS

HOMOPHOBIC BULLYING IN A MEXICAN CONTEXT: VOICES OF SOCIAL WORK STUDENTS IN MONTERREY

Luis M. Rodríguez Otero

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

Resumen: El bullying homofóbico es el acoso escolar, hostigamiento o abuso basado en la homofobia y el rechazo al colectivo LGTBI que acontece en el entorno escolar por parte de uno o varios/as alumnos/as hacia otro/a compañero/a, de forma reactiva, a través de violencia física, verbal, gesticular y/o tecnológica. No existiendo investigaciones empíricas precedentes en el contexto mexicano se plantea una investigación cuantitativa con el objetivo de identificar la existencia de bullying LGTBI-fóbico y sus características en 150 estudiantes de trabajo social de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Los resultados revelan que el 98,67 % de la muestra reconoce haber presenciado bullying homofóbico en su entorno escolar, el 33,33 % se identifica como agresor/a y el 50 % de las personas LGTBI como víctimas. Es por ello que se considera necesario proponer una reflexión, realizar actividades preventivas y formativas sobre la diversidad sexual, así como la creación de observatorios de violencia homofóbica y de una ley integral de lucha contra la LGTBI-fobia en los entornos educativos.

Palabras clave: Violencia, Bullying, LGTBI-fobia, Trabajo Social, Formación.

Abstract: Homophobic bullying is harassment or mistreatment based on homophobia -the rejection of the LGTBI community- that takes place at school by one or various students toward another student/s, reactively, through physical, verbal, gesticular and/or technological violence. There being no empirical research on this topic in Mexico to date, a quantitative research project was undertaken with the aim of identifying the existence of LGTBI-phobic bullying and its characteristics in 150 social work students at the Universidad Autónoma de Nuevo León. As for the results, 98,67 % of the sample acknowledged that they have witnessed homophobic bullying at school, 33,33 % of the sample identified themselves as the aggressor and 50 % of the LGTBI population in the sample identified themselves as victims. For this reason it is necessary to encourage reflection on the topic, to carry out preventive and educational activities about sexual diversity, to create observatories on homophobic violence and to develop a comprehensive law against LGTBI-phobia in educational centres.

Key words: Violence, Bullying, LGTBI-phobia, Social Work and education.

| Recibido 15/11/2015 | Revisado 15/12/2015 | Aceptado 20/12/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Luis M. Rodríguez Otero. Universidad de Nuevo León (México). Email: luismaotero@yahoo.es.

Referencia normalizada: Rodríguez, L. M. (2016). Bullying homofóbico en el contexto mexicano: voces desde estudiantes de trabajo social regiomontanos. *Trabajo Social Hoy*, 77, 41-61. doi 10.12960/TSH.2016.0003.

1. INTRODUCCIÓN

El prejuicio sexual u hostilidad dirigida hacia las personas que disciernen del modelo heteronormativo, más conocido como LGTBI-fobia, hace referencia a un principio ideológico, una actitud negativa, aversión, intolerancia y/o temor, basado en un sistema de creencias fundamentadas en el rechazo de las conductas que difieren de la del modelo hegemónico social y culturalmente imperante (Chamberland & Lebreton, 2012; Herek; 2004; 2007; Barrientos & Cárdenas, 2013). Estas creencias, fundamentadas a través de prejuicios, estereotipos, etiquetas, injurias y representaciones sociales, sustentan la base de la justificación, en determinadas personas y colectivo, del ejercicio de la violencia por temor al ataque de la virilidad y al modelo heterosexual, manifestándose en el entorno con el fin de buscar el bienestar personal, familiar y social y recrear el modelo mayoritario (Cruz-Sierra, 2002; Moral & Valle de la O, 2012; Herek, 2007; Tin, 2008; Weinberg, 1972; Moratto et al., 2012). Estas actitudes hacia las personas que conforman el colectivo LGTBI pueden manifestarse mediante la violencia individual o particular, gubernamental y/o sociocultural (Blumenfeld, 1992; Mercado, 2009) de forma externa, sutil, táctica y/o interna (Otero, 2014; Neman Do Nascimento, 2010; Platero, 2008). Las cuales, como señalan Breton & González-Figueroa (2009), se materializan a través de: violencia física, verbal o psicológica, la estigmatización, la discriminación y/o la humillación pública, pudiendo acontecer en distintos ámbitos e instituciones como: la familia, el gobierno, los cuerpos dependientes de instituciones públicas, el ámbito educativo, el ámbito laboral, en el interior del círculo social y/o en la comunidad.

El entorno escolar es un espacio donde se producen distintos tipos de conflictos (primarios, conductas disruptivas y conductas antisociales) entre los cuales se encuentra la violencia escolar. Esta violencia abarca una amplia gama de tipologías (entre pares, institucional hacia el alumnado, institucional entre trabajadores y/o dirigida por parte del alumnado/familias hacia la escuela) que se amparan bajo una misma denominación, violencia escolar, pero que se caracterizan por producirse tanto dentro como fuera del espacio escolar, incluyendo tanto la propia violencia como la percepción que se posee de ella (Guzmán-Gómez, 2012; Del Tronco & Madrigal, 2013; Miranda, Serrano, Corporal & Vite, 2012).

El término *bullying*, acoso escolar u hostigamiento o abuso entre pares, hace referencia a la violencia por parte del alumnado hacia compañeros de forma reactiva. La cual se define como el abuso, maltrato, intimidación, violencia o victimización que se manifiesta a través de distintas tipologías o manifestaciones (violencia física, verbal, gesticular y/o tecnológica) entre iguales producida en el entorno escolar, por uno o varios miembros donde la víctima no tiene posibilidad de defenderse y dicha violencia atenta contra su integridad física, material o emocional (Vega, 2013; Olweus, 1998; Serrate, 2007; Cobo & Tello, 2010). Asimismo Solverg, Olweus & Endresen (2007) y Moratto, Cárde-

nas & Berbesí (2012) indican que este tipo de acciones se produce de forma repetida en el tiempo y de forma intencionada.

Las principales características del bullying señalan que se trata de una acción agresiva intencionada producida entre el grupo de iguales, donde existe un cierto desequilibrio de poderes y una desigualdad de condiciones psicológicas entre víctima y agresor/a. Puede iniciarse sin provocación de víctima y sucede de forma repetida de forma directa (ataques directos y abiertos hacia la víctima) o indirecta (aislamiento social y exclusión). Asimismo también se caracteriza por la existencia de otros actores, además de la víctima y el/la agresor/a, los espectadores o testigos, los cuales son claves en esta problemática social. También es necesario destacar que distintas investigaciones manifiestan que provoca graves consecuencias tanto en las víctimas como en los/las agresores/as (Cobo & Tello, 2011; Miranda, Serrano, Corporal & Vite, 2012; Olweus, 2006; Serrate, 2007).

Cabe destacar que este tipo de violencia tiene una gran prevalencia, lo cual denota una problemática social de especial y urgente intervención. Así, los estudios más recientes señalan que el bullying afecta a más de un 20 % del estudiantado de primaria y secundaria (Carozo, Zapata, & Benites, 2012; Cobo & Tello, 2011; De la Vega & Vallejo, 2012; Del Tronco & Madrigal, 2013; Ferro, 2012).

En *el bullying LGTBI-fóbico*, la presencia de determinados rasgos físicos, del lenguaje y/o comportamentales, así como la pertenencia a determinadas comunidades minoritarias o grupos socialmente estigmatizados son, como señalan Gualdi y colaboradores (2008), las principales causas por las que los/as agresores/as hacen uso del bullying. La LGTBI-fobia, como he señalado anteriormente, también se produce en el entorno escolar. Los estudiantes ejercen violencia psicológica, verbal y física hacia personas homosexuales, bisexuales, trans e incluso heterosexuales (que no comparten el perfil heteronormativo) como medio de condena a comportamientos o actitudes que disciernen del patrón socialmente aceptado (Gualdi et al., 2008; Samaniego & Bermúdez, 2015; García, 2015).

Este tipo de bullying posee algunas características que lo hacen diverso a otras formas y que es necesario tenerlas presentes para su prevención y/o intervención, las cuales hacen referencia a cuestiones como: (i) la existencia de lenguaje homofóbico con gran calado en la sociedad; (ii) la exclusión por parte de ciertos colectivos a las personas LGTBI (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales); (iii) la falta de una orientación definida en la adolescencia por parte de algunos menores; (iv) la existencia de mitos y estereotipos socialmente aceptados respecto a las personas LGTBI; (v) el hecho de desconocer el entorno social y/o familiar la orientación sexual de la víctima; (vi) el posible calado de la LGTBI-fobia en el profesorado, equipo directivo del centro y/o la familia de la víctima; (vii) la posible existencia de contenidos LGTBI-fóbicos en los currículums académicos y/o expli-

caciones del profesorado; y (viii) la interiorización de la LGTBI-fobia en las víctimas (Gualdi et al., 2008; Samaniego & Bermúdez, 2015; Koerner & Hulsebosh, 1996; Platero, 2008; Birkett, Espelage & Koenig, 2009; Mooij, 2015; Kolbert, 2015; García, 2015; Martxueta & Etxeberria, 2014; Poteat & Espelage, 2005).

La prevalencia que la literatura científica asocia a este tipo de bullying abarca rangos que pueden llevar a confusión, puesto que no existe un acuerdo a la hora de establecerla. Así encontramos estudios que indican que aproximadamente un 20 % de los homosexuales y bisexuales sufren bullying (Rivers & Soutter, 1996; De Souza, Pereira & Ferro, 2015), otros señalan que el nivel de incidencia se encuentra en franjas de entre un 30-60 % (Martxueta & Etxeberria, 2014; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012), ciertos estudios indican que es superior al 80 % (Samaniego & Bermúdez, 2015; D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002) e incluso autores indican que la homofobia es superior en el entorno escolar que en la sociedad en general (Wernik, 2014 en Samaniego & Bermúdez, 2015; Mooij, 2015). Asimismo el estudio realizado por Gualdi et col. (2008) en distintos países europeos señala que, dependiendo del país, entre un 50 y un 75 % del estudiantado reconoce haber presenciado bullying homofóbico. Estos datos revelan que el contexto y el entorno social son elementos clave en la existencia de este tipo de violencia, ya que dependiendo de la aceptación social existente sobre la diversidad sexual, el nivel de bullying homofóbico varía.

No obstante sí existe un acuerdo a la hora de establecer las consecuencias que tiene esta violencia para las víctimas. Así, distintos estudios señalan que existe un alto riesgo de suicidio entre los adolescentes víctimas del bullying LGTBI-fóbico (Teacher, 2003 en Gualdi et al., 2008; Gualdi et al., 2008; Poteat et al., 2011; Meyer, 2003; Baiocco et al., 2015; Rivers, 2001; Gúzman-Gómez, 2012; Bastida, 2010). También otros señalan distintas consecuencias en el bienestar psicológico de las víctimas tales como depresión, ansiedad, peor autoconcepto o baja autoestima (Burton, Marshal & Chisolm, 2014; Pachankis, Goldfried & Ramrathan, 2008; Martxueta & Etxeberria, 2014; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012). Así como una mayor probabilidad de empeoramiento del rendimiento académico, fracaso y deserción escolar (Poteat et al., 2011; Burton, Marshal & Chisolm, 2014; Bastida, 2010). Respecto al perfil de víctimas y agresores se observa que la mayor parte de los estudios señalan que los hombres son tanto los principales agresores como víctimas del bullying LGTBI-fóbico (Gualdi et col., 2008; Carrera-Fernández; Lameiras-Fernández; Rodríguez-Castro & Vallejo-Medina, 2013; Martxueta & Etxeberria, 2014; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012). Así como la existencia directa entre el nivel de LGTBI-fobia y el hecho de ser agresor/a (Carrera-Fernández, et col., 2013; De Souza, Pereira & Ferro, 2015). También se evidencia que la forma a través de la cual este tipo de bullying se manifiesta es a través de violencia verbal y psicológica (Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Gualdi et al., 2008; D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002), la principal fuente de apoyo son las

amistades (Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012) y que es determinante el reconocimiento por parte del entorno escolar y de la familia, así como de la inclusión de la diversidad sexual en los contenidos de educación sexual (Shibley & Delemater, 2006; Samaniego & Bermúdez, 2015; Gualdi et al., 2008).

2. JUSTIFICACIÓN

Se observa que a nivel internacional existen, como se ha indicado anteriormente, distintos estudios que avalan la existencia del bullying LGTBI-fóbico. Sin embargo, tomando en consideración el contexto mexicano se observa que aunque existen estudios sobre bullying, no analizan la existencia de la interacción de la diversidad sexual en sus víctimas (Albores-Gallo, Saucedo-García & Ruiz-Vela, 2011; Loredano-Abdalá, Perea-Martínez & López, 2008; Castillo & Pacheco, 2008; Joffre-Velázquez, et al., 2011; Vega, González, Valle, Flores & Vega, 2013; Avilés-Dorantes, Zonana-Nacach & Anzaldo-Campos, 2012; Del Río, Bringué, Sádaba & González, 2010; Cobo & Tello, 2010; 2011). Existiendo solamente dos estudios que analizan de forma teórica el bullying homofóbico en México (Aguilar-Bastida, 2012; List, 2015).

Es por ello que se plantea una investigación con el objetivo general de identificar la existencia de bullying homofóbico en estudiantes de la Licenciatura de Trabajo Social de la UANL (Universidad Autónoma de Nuevo León). Asimismo se establecen los siguientes objetivos específicos: (i) analizar si existen estudiantes que se identifican como víctimas, agresores/as y/o espectadores/as del bullying homofóbico; (ii) observar cuales son las formas a través de las cuales el bullying homofóbico se materializa; (iii) identificar si existe un mayor nivel de bullying respecto a gays, lesbianas o transexuales; (iv) observar si existe relación entre el nivel de homofobia y lesbofobia declarado y el bullying homofóbico; (v) identificar cuáles son las principales fuentes de apoyo y/o ayuda en las víctimas del bullying homofóbico; y (vi) analizar si las variables relativas al sexo, ideología política y prácticas religiosas son determinantes en las distintas variables expuestas.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación cuantitativa está basada en un diseño de tipo instrumental empírico-descriptivo (Montero y León, 2007) a través de encuesta por muestreo orientado a la identificación de la percepción del bullying homofóbico en una población concreta: estudiantes de Trabajo Social de la UANL. El muestreo fue de tipo aleatorio en función a cuatro criterios: (i) total; (ii) sexo; (iii) ideología política y (iv) prácticas religiosas. En cada estratificación se han expresado los resultados como totales y porcentajes.

Respecto a la identificación del nivel de homofobia y lesbofobia se han expresado los resultados a través de las medias y las desviaciones típicas y se ha realizado un análisis correlacional de Pearson a nivel 0.01 y 0.05 entre el resultado de estas escalas y las distintas formas de violencia visibilizadas y ejecutadas por la muestra.

a. *Muestra*

La muestra que formó parte de esta investigación es de 150 estudiantes de trabajo social de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de los cuales 140 eran mujeres (93,34 %) y 10 hombres (6,66 %). Poseían una edad la media de edad de 19,71 años, todos tenían nacionalidad mexicana, y 135 manifestaron poseer creencias religiosas (90 %) y 15 no (10 %). En referencia al municipio al que pertenecían, 34 eran de Monterrey (22,66 %), 112 del resto de municipios del área metropolitana de Monterrey (74,68 %) y 4 de municipios no pertenecientes al área metropolitana (2,66 %). Respecto a la ideología política 12 se autoidentificaron con la derecha (8 %), 21 con el centro (14 %), 14 con la izquierda (9,33 %) y 103 con otra ideología (68,67 %).

Respecto a la sexualidad de la muestra se observa que 141 participantes se identifican como heterosexuales (93,34 %) y 10 no (6,66 %). Asimismo, 1 participante se define como gay, 2 como lesbianas, 3 como bisexuales (1 hombre y 2 mujeres), 1 como transexual y 3 mujeres como *queer*.

b. *Instrumento recogida de datos*

Los instrumentos utilizados para la elaboración de esta investigación han sido tres. Por un lado se aplicó un cuestionario sociodemográfico para identificar el perfil de la muestra de elaboración propia formado por 10 cuestiones referentes a: la edad, el municipio de residencia, el sexo, la situación sentimental, la posesión de hijos/as, la nacionalidad, el semestre que cursan, la ideología política, la orientación sexual y la existencia de creencias religiosas. Asimismo se utilizó la "Encuesta sobre adolescencia y diversidad sexual" de Martín, Molinuevo, Pichardo, Rodríguez, & Romero (2007), formado por 52 cuestiones destinadas a identificar la presencia, realización o padecimiento de distintas formas a través de las cuales se puede materializar el bullying homofóbico hacia gays, lesbianas y transexuales. Así como cuestiones dirigidas a quienes se autoidentifican como víctimas referentes al sexo del/de la agresor/a o agresores/as, si manifestaron la existencia de este tipo de violencia, si solicitaron ayuda y a quien y si denunciaron los hechos. Finalmente se incluyeron las escalas de homofobia hacia gays (MHS-G) y lesbianas (MHS-L) de Raja y Stokes (1998) -traducidas al castellano por Rodríguez-Castro, Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández y Vallejo-Medina (2013)- de 22 y 24 ítems respectivamente, en formato Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

Cabe señalar que no se ha establecido ninguna restricción al respecto, tomando en consideración el total de la muestra.

c. Procedimiento y codificación de resultados

El contacto con los distintos estudiantes se ha realizado a través de un docente de la Facultad de Trabajo Social. Tras realizar una sesión informativa sobre la diversidad sexual se solicitó la participación del alumnado en este estudio de forma voluntaria. Asimismo se informó del anonimato del instrumento y sobre su uso para la realización de una investigación con su posterior publicación. Este procedimiento se ha realizado entre los meses de noviembre y diciembre de 2015. Una vez obtenidas todas las encuestas se ha utilizado un programa estadístico (SPSS versión 20.0) para analizar los resultados. Asimismo es necesario señalar que para la interpretación de las escalas se han considerado las puntuaciones más altas como actitudes menos positivas hacia la homosexualidad.

Cabe destacar que este estudio es de tipo exploratorio focalizado en un ámbito geográfico concreto y determinado. Es por ello que las conclusiones a las que se han llegado tienen un alcance limitado, aunque suficiente para la reflexión profesional al respecto.

4. RESULTADOS

Los primeros datos que arrojan los resultados obtenidos identifican que 147 participantes (98 %) conoce o conoció a personas gays a lo largo de su etapa formativa, 144 a lesbianas (96 %) y 138 a transexuales (92 %).

- Espectadores del bullying homofóbico:

En referencia a la cuestión referente a si en alguna ocasión han presenciado una situación de bullying homofóbico, en la que no hayan participado, se observa que 145 participantes (96,67 %) señalan que sí respecto a víctimas gays, 140 (93,34 %) en referencia a lesbianas y 125 (83,34 %) a transexuales. Se observa por tanto que existe un alto nivel de presencia de acoso escolar respecto al colectivo LGT, siendo superior respecto a homosexuales y especialmente hacia los hombres (ver Anexo I).

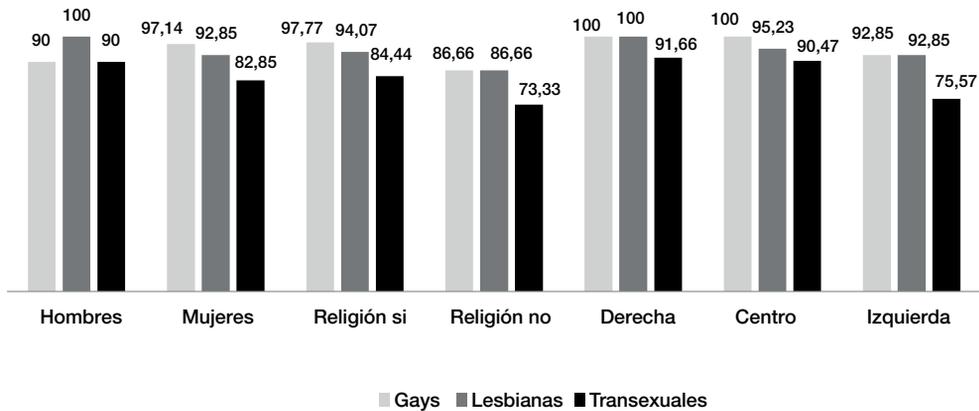


Gráfico 1: Espectadores de bullying LGTBI-fóbico según variables de análisis en %.
Fuente: Elaboración propia.

Analizando las variables relativas al sexo, la práctica de religión y la ideología política, se observa que los hombres identifican un mayor nivel de bullying lésbico que hacia gays, las mujeres, quienes practican alguna religión y quienes se identifican con el centro especialmente hacia homosexuales hombres, quienes no profesan alguna religión, así como quienes se identifican con la izquierda y la derecha en homosexuales en general. Asimismo todos los grupos manifiestan la visibilización de más violencia hacia homosexuales que hacia transexuales.

Tomando en consideración la muestra que señala haber estudiado con personas LGT que sufrieron bullying, respecto a las formas a través de las cuales se materializó la violencia se observa que: (i) en relación a los gays: 140 visibilizaron insultos, 140 comentarios negativos o rumores, 133 burlas, 58 amenazas, 55 lanzamiento de objetos, 38 agresiones y 96 aislamiento; (ii) respecto a las lesbianas: 106 visibilizaron insultos, 136 comentarios negativos o rumores, 118 burlas, 39 amenazas, 38 lanzamiento de objetos, 27 agresiones y 84 aislamiento y (iii) sobre los/as transexuales: 96 visibilizaron insultos, 117 comentarios negativos o rumores, 99 burlas, 35 amenazas, 40 lanzamiento de objetos, 33 agresiones y 72 aislamiento.

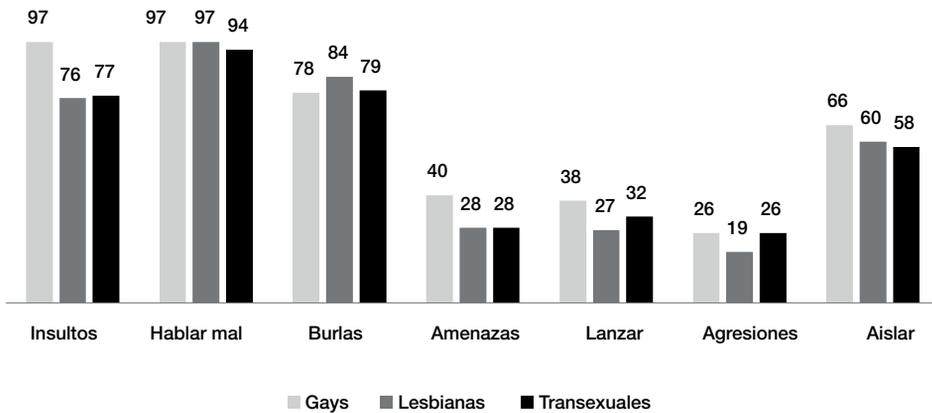


Gráfico 2: Tipos de bullying LGTBI-fóbico visibilizado por la muestra según víctima en %.

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que en ambos grupos (LGT) la violencia de tipo verbal es la más común (insultos, comentarios, burlas), seguido del aislamiento, amenazas y finalmente la violencia de tipo física. Asimismo se observa que la violencia física (lanzamientos y agresiones) y las amenazas son más comunes en gays y transexuales que en lesbianas. Sin embargo, las burlas y comentarios tienen mayor peso en lesbianas mientras que las amenazas lo tienen respecto a los gays.

- *Agresores de bullying homofóbico*

En relación a la muestra que se autoidentifica como agresor/a de bullying homofóbico en algún momento de su etapa académica se observa que: (i) 94 participantes señalan no haber ejercido este tipo de violencia ni hacia gays, lesbianas ni transexuales; (ii) 105 hacia gays; (iii) 107 hacia lesbianas; y (iv) 128 hacia transexuales. Por lo que se evidencia que el nivel de agresores en la muestra representa el 33,33 % (56 participantes). Siendo del 30 % respecto a gays, el 28,66 % en relación a lesbianas y el 14,66 % a transexuales. Asimismo cabe destacar que 2 lesbianas declaran haber ejercido bullying homofóbico (ambas hacia otras lesbianas y 1 hacia gays) y un transexual hacia gays, lesbianas y transexuales.

Tomando en consideración las formas a través de las cuales se materializó la violencia por parte de quienes se identifican como agresores/as (128 participantes) se observa que: (i) en relación a los gays: 31 participantes lo realizaron a través de insultos, 19 comentarios negativos o rumores, 25 burlas, 2 amenazas, 2 lanzamiento de objetos, 3 agresiones y 8 aislamiento; (ii) respecto a las lesbianas: 18 mediante insultos, 25 comentarios negativos o rumores, 16 burlas, 2 amenazas, 2 lanzamiento de objetos,

Luis M. Rodríguez

2 agresiones y 11 aislamiento y (iii) sobre los/as transexuales: 12 a través insultos, 15 comentarios negativos o rumores, 12 burlas, 2 aislamiento y ninguno amenazas o violencia física.

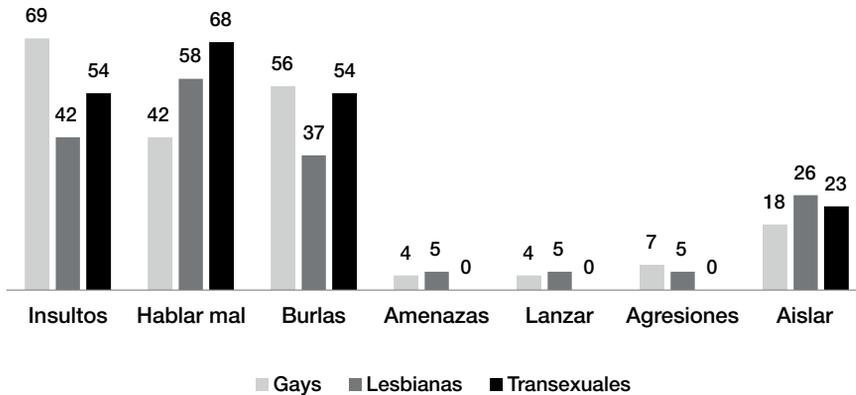


Gráfico 3: Tipos de bullying LGTBI-fóbico realizado por agresores/as según variables de análisis en %.

Fuente: Elaboración propia.

Se observan que en ambos grupos (LGT) la violencia de tipo verbal es la más común (insultos, comentarios, burlas), seguido del aislamiento, la violencia física y finalmente las amenazas. Así mismo se observa que la violencia física (lanzamientos y agresiones) y amenazas no se manifiestan respecto a transexuales. Sin embargo las burlas y comentarios tienen mayor peso en transexuales y los insultos en gays.

Tomando en consideración el total de la muestra y las variables relativas al sexo, prácticas religiosas e ideología política se observa que: respecto a gays existe un mayor nivel de bullying por parte de hombres, quienes practican alguna religión y se vinculan con la derecha. En referencia a las lesbianas por hombres, quienes no practican religión y se vinculan con la derecha. Respecto a transexuales no se aprecian diferencias respecto al sexo pero sí existe un mayor nivel en quienes no practican religión y se vinculan con una ideología de centro.

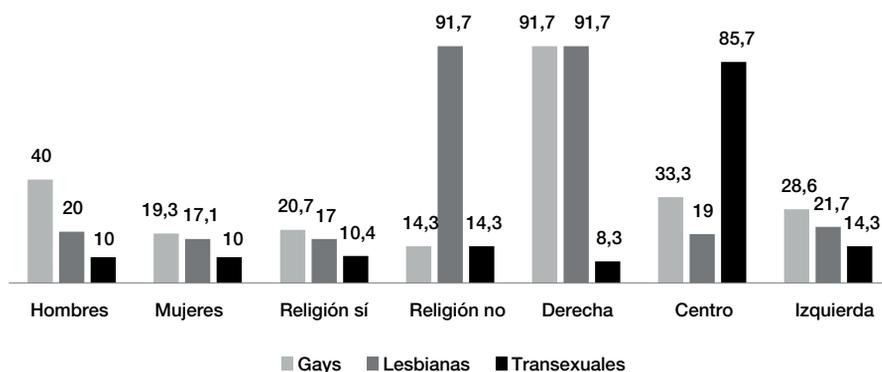


Gráfico 4: Agresores/as de bullying LGTBI-fóbico según variables de análisis en %.

Fuente: Elaboración propia.

No obstante cabe señalar que los niveles más altos se identifican en hombres respecto a gays (40 %), en quienes practican religiones en referencia a lesbianas (91,7 %) y en quienes se identifican con la derecha respecto homosexuales hombres y mujeres (91,7 %). También destaca que respecto a la transexualidad el perfil del/de la agresor/a se identifica con personas que se autodefinen como de centro.

Respecto a las tipologías o vías a través de las cuales se manifiesta este tipo de violencia, como se observa en el Anexo II, tanto en hombres como en mujeres y quienes practican religiones es mediante violencia verbal respecto a LGT y en quienes no practican religiones a través del aislamiento. Respecto a la ideología política sendos grupos se decantan por la violencia verbal tanto cuando la víctima es homosexual como transexual.

4.1. NIVEL DE HOMOFOBIA Y LESBOFOBIA Y RELACIÓN CON EL BULLYING HOMOFÓBICO

Tras la aplicación de la escala destinada a medir el nivel de homofobia y lesbofobia en la muestra se observa que se registran niveles medios tanto hacia gays (1,94) como hacia lesbianas (2,14). Siendo superiores respecto a estas últimas tanto a nivel general como en todas las variables tomadas en consideración (sexo, ideología y prácticas religiosas). Asimismo, en relación estas variables, se observa que respecto a los gays es superior el nivel de homofobia en hombres (1,94) que en mujeres (1,91), así como en quienes no practican religión (2,25) respecto a quienes si lo hacen (1,95) y en quienes se identifican con la derecha (2,23) respecto a quienes lo hacen con la izquierda (1,95) y el centro (1,90). Asimismo en referencia a las lesbianas es superior el nivel de lesbofobia en hombres (2,48) que en mujeres (2,11), así como en quienes no practican religión (2,29) respecto a quienes si lo hacen (2,15) y en quienes se identifican con la

derecha (2,42) respecto a quienes lo hacen con el centro (2,27) y la izquierda (2,10). Comparando los resultados obtenidos en la aplicación de estas escalas con los referentes a quienes se identifican como agresores de bullying homofóbico y transfóbico se observa que se producen un total de 19 correlaciones, todas directamente proporcionales, de las cuales 11 son a nivel de dignificación de 0.01 y 8 a nivel 0.05. Analizando al grupo con el que se producen se observa que: 5 son respecto a gays, 4 a lesbianas y 10 a transexuales.

En referencia a gays y lesbianas se producen respecto a las tipologías de violencia relativas a las amenazas y la violencia física. Mientras que respecto a transexuales también se producen respecto a burlas y aislamiento.

		Puntuación escala MHS	
Víctima	Tipo violencia	MHS-Gay	MHS-Lesbiana
Gays	Insultos	-0.037	-0.032
	Hablar mal	0.014	0.065
	Burlas	0.002	-0.015
	Amenazas	0.182(*)	0.146
	Lanzar	0.248(**)	0.188(*)
	Agresiones	0.258(**)	0.304(**)
	Aislar	0.019	-0.083
Lesbianas	Insultos	0.143	0.140
	Hablar mal	0.024	0.085
	Burlas	0.078	0.023
	Amenazas	0.284(**)	0.222(**)
	Lanzar	0.154	0.131
	Agresiones	0.224(**)	0.289(**)
	Aislar	0.051	0.099
Transexuales	Insultos	0.125	0.169(*)
	Hablar mal	0.064	0.096
	Burlas	0.161(*)	0.169(*)
	Amenazas	0.259(**)	0.197(*)
	Lanzar	0.260(**)	0.203(*)
	Agresiones	0.269(**)	0.321(**)
	Aislar	0.174(*)	0.200(*)

Tabla 1: Correlaciones entre violencia ejercida por agresores de bullying y escala MSH para gays y lesbianas. Considerando (**) como correlación significativa a nivel 0.01 y (*) como correlación significativa a nivel 0.05.

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados evidencian que existe una clara relación entre el nivel de homofobia y lesbofobia del alumnado y su identificación como víctima de bullying homofóbico y transfóbico. Estando especialmente relacionado cuando lo ejercen mediante la violencia física y las amenazas. Asimismo se observa que existe una mayor relación respecto a transexuales, donde se evidencia una mayor tipología de actos violentos transfóbicos.

4.2. VÍCTIMAS DEL BULLYING HOMOFÓBICO

Tomando en consideración a los 10 participantes que se definen como gay, lesbiana, bisexual, transexual y/o *queer*. Se observa que 5 de ellos/as (50 %) manifiestan haber sufrido bullying homofóbico o transfóbico cuando estudiaban la secundaria y la preparatoria. De los cuales 1 señala ser transexual (quien se identifica con el género masculino), otro gay, otras lesbiana y 2 bisexuales (mujeres).

Respecto a los tipos de violencia sufrida se observa que la muestra no manifiesta haber sufrido violencia física ni amenazas. Sin embargo se identifica violencia verbal (hablar mal) en todos los participantes y aislamiento en 3 de ellos (gay, transexual y bisexual). También destaca que la mayor parte manifiesta haber sufrido burlas (todos menos quien se define como transexual) y quien es gay y una bisexual insultos.

	Total	Gay	Lesbiana	Transexual	Bisexuales
Insultos	2	1	0	0	1
Hablar mal	5	1	1	1	2
Burlas	4	1	1	0	2
Amenazas	0	0	0	0	0
Lanzar	0	0	0	0	0
Agresiones	0	0	0	0	0
Aislar	3	1	0	1	1

Tabla 2: Tipos de bullying identificados por víctimas.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al sexo de los agresores la participante que se identifica como lesbiana señala que fueron solamente mujeres y el resto tanto hombres como mujeres. En referencia a si contaron a alguna persona la situación por la que estaban pasando, todos menos quien se identifica como transexual señalan que sí: 1 a su pareja, 3 a sus amistades, 2 a sus familias y 2 a profesores. Siendo la principal fuente de apoyo la familia y las amistades. Dos participantes (uno gay y otra bisexual) señalan haber necesitado ayuda psicológica a causa de la existencia de episodios de ansiedad y miedo. Por otro lado cabe señalar que solamente 2 participantes, una bisexual y otro gay, denunciaron los hechos ante la comunidad escolar. Los cuales indican que el centro no tomó ninguna medida al respecto.

5. DISCUSIÓN

A través de esta investigación se observa que del total de la muestra el 98,67 % reconoce la existencia de bullying homofóbico en su entorno escolar. Siendo ligeramente superior respecto a hombres homosexuales que en referencia a lesbianas y transexuales. Este resultado se identifica con los niveles de prevalencia descritos por Samaniego & Bermúdez, (2015) y D'Augelli, Pilkington & Hershberger (2002), los cuales señalan que es superior al 80 %. También se evidencia que son muy superiores a otros realizados tanto en el contexto europeo como americano (Rivers & Soutter, 1996; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Martxueta & Etxeberría, 2014; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012; Gualdi et col., 2008). Asimismo en investigaciones precedentes también se asocia un mayor nivel de víctimas hombres que mujeres (Gualdi et col., 2008; Carrera-Fernández; Lameiras-Fernández; Rodríguez-Castro & Vallejo-Medina, 2013; Martxueta & Etxeberría, 2014; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012).

Respecto a las formas a través de las cuales este tipo de bullying se manifiesta se observa que es mediante violencia psicológica, aislamiento y principalmente verbal. Aspecto que también se corrobora en otras investigaciones (Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Gualdi et col., 2008; D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002).

En referencia a quienes se identifican como agresores se observa que representan el 33,33 % de la muestra, siendo en mayor medida, tanto víctimas como agresores, hombres y la tipología de violencia más empleada la de tipo verbal. Resultados que también están en la línea de las investigaciones citadas anteriormente (Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012; De Souza, Pereira & Ferro, 2015; Gualdi et col., 2008; D'Augelli, Pilkington & Hershberger, 2002; Carrera-Fernández; Lameiras-Fernández; Rodríguez-Castro & Vallejo-Medina, 2013; Martxueta & Etxeberría, 2014).

Un aspecto importante a destacar de los resultados evidenciados es la relación existente en la muestra entre el nivel de homofobia y lesbofobia declarado y su identificación como agresor/a de bullying homofóbico. Aspecto que también destacan autores como Carrera-Fernández; Lameiras-Fernández; Rodríguez-Castro & Vallejo-Medina (2013) y De Souza, Pereira & Ferro (2015). Asimismo también se observa que un participante que declara ser transexual manifiesta haber ejercido bullying homofóbico, lo cual podría estar asociado a la LGTBI-fobia interiorizada. Lo cual también se pone de manifiesto en investigaciones como las realizadas por Gualdi et col. (2008), Samaniego & Bermúdez (2015) o García (2015).

Finalmente, tomando en consideración a quienes se identifican como víctimas, se observa que todos/as se autoidentifican como LGTBIQ y representan la mitad (50 %) de

los 10 estudiantes que pertenecen a este colectivo (1 transexual, 1 gay, 1 lesbiana y 2 bisexuales mujeres). No evidenciando, tal y como señalan autores como Gualdi et col. (2008), Samaniego & Bermúdez (2015) o García (2015), entre las víctimas a heterosexual. Lo cual no quiere decir que no existan, sino que no se autoidentifican como víctimas de este tipo de bullying. Se observa que señalan como agresores tanto a hombres como a mujeres, la familia y las amistades como principales fuentes de apoyo y que a pesar de existir denuncias en el centro escolar en dos participantes, no se tomaron medidas al respecto. Siendo estas características también descritas en investigaciones precedentes (Shibley & Delemater, 2006; Samaniego & Bermúdez, 2015; Gualdi et col., 2008; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012).

Cabe destacar que se identifica un mayor nivel de agresores en personas que se definen como conservadoras y quienes señalan no practicar religión. Lo cual puede deberse a la condena que realizan ciertas religiones a la violencia. También se corroboran las repercusiones psicológicas descritas por otras investigaciones en la muestra, ya que 2 participantes (uno gay y otra bisexual) señalan haber necesitado ayuda psicológica a causa de la existencia de episodios de ansiedad y miedo (Burton, Marshal & Chisolm, 2014; Pachankis, Goldfried & Ramrathan, 2008; Martxueta & Etxeberria, 2014; Antonio, Pinto, Pereira, Farcos & Moleiro, 2012).

6. CONCLUSIONES

Se observa que a pesar de no existir investigaciones empíricas contextualizadas en México sobre el bullying homofóbico, a través de esta investigación se evidencia que existe un alto índice muy superior a otros contextos. El cual se produce tanto hacia personas gays, lesbianas y transexuales a través de las distintas formas de violencia, siendo principalmente de tipo verbal y hacia gays. Asimismo se observa que existe una clara correlación directa entre el nivel de homofobia y lesbofobia y el bullying LGTBI-fóbico, así como respecto a ideologías conservadoras y resistencia por parte de determinadas comunidades educativas a intervenir en tales hechos.

Es por ello que considero necesario proponer una reflexión desde las áreas socio-político-educativas en cuanto a si se están realizando medidas efectivas para prevenir este tipo de violencia, respecto a la creación de observatorios de violencia homofóbica y sobre la necesidad de crear una ley integral de lucha contra la LGTBI-fobia en los entornos educativos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Bastida, L. (2012). La violencia hacia lo diferente. el acoso escolar por homofobia. *Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en Lucha*, 3, (6), 102-109.
- Antonio, R.; Pinto, T.; Pereira, C.; Farcos, D. & Moleiro, C. (2012). Bullying homofóbico no contexto escolar en Portugal. *Psicología*, 26(1), 17-32.
- Albore-Gallo, L., Saucedo-García, J. M., & Ruiz-Vela, S. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, 53 (3), 220-227.
- Avilés-Dorantes, D. S., Zonana-Nacach, M. C., & Anzaldo-Campos, M. C. (2012). Prevalencia de acoso escolar (bullying) en estudiantes de una secundaria pública. *Salud Pública de México*, 54 (4), 362-363.
- Baiocco, R., Loverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of suicide research*, 19 (1), 75-88.
- Barrientos, J., y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: Una mirada psicosocial. *Psykhe (Santiago)*, 22, (1), 3-14.
- Bastida, L. (2010). Homofobia en escuelas, una realidad cercana. La Jornada. UNAM. Recuperado el 8 de junio de 2015 en <http://www.jornada.unam.mx/2010/05/06/lsportada.html>
- Birkett, M., Espelage, D., L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: the moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal Youth Adolesc*, 38 (7), 989-1000.
- Blumenfeld, W. J. (1992). *Homophobia: How we all pay the price*. Boston, Massachusetts: Beacon Press.
- Bretron, M., y González-Figueroa, E. (2009). *Gender Identity, Violence, and HIV among MSM and TG: A Literature Review and a Call for Screening*. Washington, DC: Futures Group International, USAID.
- Burton, C. M., Marshal, M. P., & Chisolm, D. J. (2014). School absenteeism and mental health among sexual minority youth and heterosexual youth. *Journal of school psychology*, 52, 37-47.
- Carozo, J. C., Zapata, L., & Benites, L. (2012). ¿Es la escuela un lugar seguro? En M. E. Murueta, & M. Orozco, *Psicología de la violencia. Tomo II* (págs. 143-166). México D. F. : AMAPSI.
- Carrera-Fernández, M. V., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y., & Vallejo-Medina, P. (2013). Bullying among Spanish secondary education students: the role of gender traits, sexism, and homophobia. *Journal of interpersonal violence*, 28, 2915-2940.
- Castillo, C., & Pacheco, M. M. (2008). Perfil del maltrato (bullying) entre estudiantes de secundaria en la ciudad de Mérida, Yucatán. *Revista mexicana de investigación educativa*, 13 (38), 825-842.
- Chamberland, L., y Lebreton, C. (2012). Réflexions autour de la notion d'homophobie:

- Succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouvelles Questions Féministes*, 31(1), 27-43.
- Cobo, P., & Tello, R. (2010). *Bullying. El acecho cotidiano en las escuelas*. México D.F.: Limusa.
- Cobo, P., & Tello, R. (2011). *Bullying en México. Conductas violentas en niños y adolescentes*. México D. F. : Quarzo.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and Mental Health Impact of Sexual Orientation Victimization of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths in High School. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167.
- De la Vega, R., & Vallejo, R. (2012). La noción de la violencia: un concepto complejo de construir en la etapa adolescente. En M. E. Murueta, & M. Orozco, *Psicología de la violencia. Tomo II* (págs. 113-128). México D.F.: AMAPSI.
- Del Río, J., Bringue, X., Sádaba, C., & González, D. (2010). Cyberbullying: un análisis comparativo en estudiantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela. *V Congreso Internacional Comunicació I Realitat*, (págs. 307-316). Barcelona.
- Del Tronco, J., & Madrigal, A. (2013). Violencia escolar en México: una exploración de sus dimensiones y consecuencias. *Revista Trabajo Social UNAM*, 7, (4), 9-27.
- De Souza, J. M. D., Pereira, J. P. D., & Faro, A. (2015). Bullying and Homophobia: Theoretical and Empirical Approaches. *Psicología Escolar e Educacional*, 19 (2), 289-298.
- Ferro, O. (2012). Bullying, un fenómeno más de la postmodernidad. En M. E. Mureta, & M. Orozco, *Psicología de la violencia. Tomo II* (págs. 129-142). México D. F.: AMAPSI.
- García, M. (2015). *Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles*. Tesis de Grado. Barcelona: Universitat Jaume I. Recuperado el 18 de marzo de 2016 de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/137390/TFG_2014_garciaM.pdf?sequence=1.
- Gualdi, M.; Martelli, M.; Wilhelm, W.; Biedrón, R.; Graglia, M., & Pietrantoni, L. (2008). *Bullying homofóbico en las escuelas*. Roma: Arcigay. Recuperado el 18 de marzo de 2016 de <http://www.observatorioperu.com/2011/Grupo.%20Bullying%20homofobico.pdf>.
- Guzmán-Gómez, C. (2012). La violencia escolar desde la perspectiva de François Dubet: tensiones, reticencias y propuestas. En A. Furlán, *Reflexiones sobre la violencia en las escuelas* (págs. 49-71). México: D.F.: Siglo XXI.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. *JSoc Issues*, 63, 905-925.
- Joffre-Velázquez, V. M., García-Maldonado, G., Saldívar-González, A. H., Martínez-Perales, G., Lin-Ochoa, D., Quintanar-Martínez, S., y otros. (2011). Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68, (3), 193-202.

- Koerner, M., & Hulsebosh, P. (1996). Preparing teachers to work with children of gay and lesbian parents. *Journal of Teacher Education*, 347-354.
- Kolbert, J. B., Crothers, L. M., Bundick, M. J., Wells, D. S., Buzgon, J., Berbary, C. & Senko, K. (2015). Teachers' Perceptions of Bullying of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning (LGBTQ) Students in a Southwestern Pennsylvania Sample. *Behavioral Sciences*, 5,(2), 247-263.
- List, M. (2015). Los universitarios frente a la homofobia. El caso de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Sinética. *Revista electrónica de educación*, 46, 1-15. Recuperado el 15 de abril de 2016 en http://sinectica.iteso.mx/assets/files/articulos/46_los_universitarios_frente_a_la_homofobia_el_caso_de_la_benemerita_universidad_autonoma_de_puebla.pdf.
- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A., & López, G. E. (2008). "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real. *Acta Pediatr Mex*, 29 (4), 210-214.
- Martín, N.; Molinuevo, B.; Pichardo, J. I.; Rodríguez, P. O., & Romero, M. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*. Madrid: FELGTB.
- Martxueta, A., & Etxeberría, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, (1), 23-35.
- Mercado, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociología*, 24, (69), 123-156.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Miranda, D. A., Serrano, J. H., Corporal, L., & Vite, A. (2012). Agresión reactiva e instrumental en edad escolar. En M. E. Mureta, & M. Orozco, *Psicología de la violencia. Tomo II* (págs. 167-190). México D.F.: AMAPSI.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming reseacher studies in Psychology. *Instrumental Journal of Clinical and Heath Psychology*, 7, (1), 847-862.
- Mooij, T. (2015). Relevance of student and contextual school variables in explaining a student's severity of violence experienced. *Teachers and Teaching*, 21, (8), 926-940.
- Moral, J., y Valle de la O, A. (2012). Unidimensional en la escala de homofobia EHF. *Ciencia UANL*, 15, (57), 73-80.
- Moratto, N. S.; Cárdenas, N. & Berbesí, D. Y. (2012). Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar. *Revista CES Psicología*, 5 (2), 70-78.
- Neman Do Nascimento, M. A. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (1), 17, 227-239.
- Olweus, D. (1998). *Acoso escolar, Bullying, en las escuelas: hechos e intervenciones*. Bergen: Universidad de Bergen.
- Olweus, D. (2006). *Conductas de acoso y amenaza entre adolescentes*. México D.F. : Alfaomega.

- Otero, L. M. (2014). Lesbianismo, lesbofobia y violencia en pareja. En Fernández, O. (Coord.). *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (p. 261-270). León: Universidad de León.
- Pachankis, J. E., Goldfried, M. R., & Ramrattan, M. E. (2008). Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*, (2), 306.
- Platero, R. (2008). La homofobia como elemento clave del acoso escolar homofóbico: algunas voces desde Rivas Vaciamadrid. *Información Psicológica, 1*, (94), 71-83.
- Poteat, V. P., & Espelage, D. L. (2005). Exploring the relation between bullying and homophobic verbal content: The Homophobic Content Agent Target (HCAT) Scale. *Violence and Victims, 20*, 513-528.
- Poteat, V. P., Mereish, E. H., Digiovanni, C. D., & Koenig, B. W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents' psychosocial and educational concerns: the importance of intersecting identities and parent support. *Journal of counseling psychology, 58*, 597-609.
- Raja, S. H y Stokes, J. P. (1998). Assessing Attitudes toward lesbians and Gay men: The modern Homophobia Scale. *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity, 3*, 113-134.
- Rivers, I., & Soutter, A. (1996). Bullying and the Steiner School Ethos A Case Study Analysis of a Group-centred Educational Philosophy. *School Psychology International, 17*, (4), 359-377.
- Rivers, I. (2001). The bullying of sexual minorities at school: Its nature and long-term correlates. *Educational and Child Psychology, 18* (1), 32-46.
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, V., y Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología, 23*, (2), 523-533.
- Samaniego, J. L., & Bermúdez, D. A. (2015). *Discriminación hacia jóvenes homosexuales en su entorno educativo*. Tesis de Licenciatura. Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 15 de febrero de 2016 de <http://dspace.uca.es/handle/123456789/23311>
- Serrate, R. (2007). *Bullyinh, acoso escolar. Guía para entender y prevenir el fenómeno de la violencia en las aulas*. Madrid: Laberinto.
- Shibley, J., & Delamater, J. D. (2006). *Sexualidad Humana*. México D.F: Mcgraw-Hill Interamericano.
- Solverg, M. E.; Olweus, D., & Endresen, I. M. (2007). Bullies and victims at school: Are they the same pupils? *British Journal of Educational Psychology, 77* (2), 441-464.
- Vega, J. A. (2013). La pandemia del Buying en México: políticas sociales urgentes. *Revistas Trabajo Social UNAM, 7*, (4), 71-87.
- Vega, M. G., González, G. J., Valle, M. A., Flores, M. E., & Vega, A. (2013). Acoso escolar en la zona metropolitana de Guadalajara, México: prevalencia y factores asociados. *Salud colectiva, 9*, (12), 183-194.

ANEXO I:

Grupo	Conoce casos	Total Hombres		Sexo		Religión		Ideología			
				Mujeres	Si	No	Derecha	Centro	Izquierda	Otra	
		Nº	%	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Gays	Si	145	96.67	9	136	132	13	12	21	13	99
	No	2	1.33	1	1	1	1	0	0	1	1
	No conoce	3	2	0	3	2	1	0	0	0	3
Lesb.	Si	140	93.34	10	130	127	13	12	20	13	95
	No	4	2.66	0	4	3	1	0	0	1	3
	No conoce	6	4	0	6	5	1	0	1	0	5
Trans.	Si	125	83.34	9	116	114	11	11	19	11	85
	No	13	8	1	12	11	2	1	0	2	10
	No conoce	12	8.66	0	12	10	2	0	2	2	8
Total		150	100	10	140	135	15	12	21	15	103

Tabla 3: Conocimiento de personas LGT por parte de la muestra y según variables de análisis.

Fuente: Elaboración propia.

Bullying homofóbico en el contexto mexicano: voces desde estudiantes de Trabajo Social Regiomontanos

Víctima	Tipo violencia	Sexo		Religión		Ideología		
		Hombres	Mujeres	Si	No	Derecha	Centro	Izquierda
		%	%	%	%	%	%	%
Gay	Insultos	40	19.3	20.7	14.3	8.3	19	28.6
	Hablar mal	10	12.9	11.9	14.3	91.7	19	14.3
	Burlas	40	15	17.8	0	8.3	33.3	14.3
	Amenazas	0	1.4	0.7	12.5	0	0	0
	Lanzar	0	2	1.5	0	0	0	7.1
	Agresiones	0	2.1	2.2	0	0	4.8	7.1
	Aislar	20	4.3	4.4	14.3	8.3	0	14.3
Lesbiana	Insultos	10	12.2	12.6	0	91.7	4.8	21.7
	Hablar mal	10	17.1	17	14.3	91.7	19	14.3
	Burlas	20	10	11.9	0	91.7	19	7.1
	Amenazas	0	1.4	1.5	0	0	0	0
	Lanzar	0	1.4	1.5	0	0	4.8	0
	Agresiones	0	1.4	1.5	0	0	0	0
	Aislar	0	7.9	6.7	14.3	16.7	9.5	14.3
Transex.	Insultos	10	7.9	8.9	0	0	4.8	0
	Hablar mal	10	10	10.4	14.3	0	85.7	14.3
	Burlas	10	5	5.9	0	0	4.8	7.1
	Amenazas	0	0	0	0	0	0	0
	Lanzar	0	0	0	0	0	0	0
	Agresiones	0	0	0	0	0	0	0
	Aislar	0	3.6	3	14.3	8.3	0	14.3

Tabla 4: Tipos de bullying identificados por víctimas según variables analizadas.

Fuente: Elaboración propia.

PERFIL DE LOS CUIDADORES INFORMALES Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

THE PROFILE OF INFORMAL CAREGIVERS AND THE SPHERE OF ACTION OF SOCIAL WORK

Víctor Navarro Ramos

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: Esta revisión ha sido elaborada con el propósito de recopilar y analizar la información referente al perfil sociodemográfico de los/as cuidadores/as informales, las características de los cuidados, las consecuencias físicas, sociales y psicológicas que producen los mismos y la intervención desde el trabajo social con este colectivo. La búsqueda de información se realizó a través de la base de datos *PsycINFO*, utilizando *Dialnet*, como fuente complementaria de recogida de datos. La mayoría de los autores revisados coinciden en el perfil del cuidador informal, siendo el de una hija, de entre 45 y 65 años, casada, con bajo nivel económico, estudios primarios y en situación de desempleo. Por otro lado, también coinciden en las características del cuidado: cuidador/a y dependiente viven en el mismo hogar, las principales tareas que realiza son las actividades básicas de la vida diaria, dedica una media de 40 horas semanales, cuida durante una media de 5,5 años, elevado coste económico, el/la cuidador/a principal es ayudado ocasionalmente por otro miembro de la familia y las razones para ejercer dicho rol se basan en la responsabilidad familiar y/o elección propia. En cuanto a la sintomatología (sobrecarga) de dichos cuidados son más pronunciados los niveles de estrés y ansiedad. En cuanto a la intervención del trabajo social con los/as cuidadores/as informales, estos se benefician de los recursos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, así como de otros programas de intervención social.

Palabras clave: Cuidador informal, Cuidados, Sobrecarga, Intervención, Trabajo Social.

Abstract: This review of the literature was undertaken to determine and analyse the sociodemographic profile of informal caregivers, the characteristics of the care provided, the physical, social and psychological consequences it has on caregivers and the possibilities of social work intervention with this group. The database *PsycINFO* was used to gather the information, with *Dialnet* being used as a complementary source. Most of the authors reviewed agree on the profile of the informal caregiver. It tends to be a daughter, aged between 45 and 65, married, with a low socio-economic status, primary school education and no job. They also agree on the characteristics of the care provided: the caregiver and the dependent person live in the same house, the main tasks performed are the basic activities of everyday life, the caregiver devotes an average of 40 h per week, the care lasts an average of 5.5 years, the economic cost is high, the main carer occasionally receives help from another member of the family and the reasons for taking on the role of caregiver are family responsibility and/or personal choice. As for the symptomatology (overload) caused by the care-giving situation, the most pronounced effects are the levels of stress and anxiety. As for social work intervention with informal caregivers, members of this group are entitled to the resources provided for in the Spanish Law on the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Dependent People, and to other social intervention programmes.

Key words: Informal caregiver, Care, Overload, Intervention and Social Work.

| Recibido 15/11/2015 | Revisado 15/12/2015 | Aceptado 20/12/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Víctor Navarro Ramos. Universidad Complutense de Madrid. Email: victornramos@gmail.com

Referencia normalizada: Navarro, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 63-83. doi 10.12960/TSH.2016.0004.

1. INTRODUCCIÓN

En este estudio de revisión teórica, se tratará de explicar cómo en España, durante las últimas dos décadas y a causa de los cambios demográficos, sociales y económicos, la sociedad ha evolucionado de tal forma que se ha incrementado el número de personas dependientes. Podrían darse cuatro fenómenos importantes que han contribuido a dicha situación, como es el aumento de la población de más de 65 años, el incremento en el grupo de edad de más de 80 años (conocido este aspecto como el “envejecimiento del envejecimiento”), el aumento de la discapacidad en la población de más de 65 años y, finalmente, la importante supervivencia actual frente a enfermedades crónicas y la reducción de la siniestralidad vial y laboral.

Por otro lado, sería interesante para la comprensión de dicho estudio, perfilar la definición de dependencia. Numerosos estudios anteriores coinciden en que es un estado vital de carácter permanente o temporal en que la persona tiene limitada total o parcialmente su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y que requieren ayuda de terceras personas, profesionales o no profesionales, para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Sin embargo, según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, define esta como:

“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (BOE n.º 299. 2006, p. 44148)”.

Atendiendo a la definición anterior y como objeto de estudio, nos centraremos en las personas cuidadoras no profesionales o también conocidas como cuidadores/as informales. Estas personas asumen un rol muy importante en el proceso de envejecimiento, veremos cómo este papel asumido les afecta de manera negativa a la salud tanto física como mental, en función de una serie de estresores frente a los cuidados, es lo que se conoce como síndrome de carga del cuidador (Zambrano y Ceballos, 2007).

La situación actual de la sociedad española lleva a asimilar un perfil de cuidador principal en función de diversas variables, como pueden ser el vínculo familiar, el sexo, el estado civil del/de la cuidador/a, nivel económico, educativo y situación laboral. Asimismo, la carga de los/as cuidadores/as informales, o lo que es lo mismo, las consecuencias negativas para la salud que dichos cuidados conllevan, dependen de las características de los cuidados, en función del lugar donde se cuida, las tareas a realizar,

la frecuencia, intensidad, número de cuidadores/as, duración y razones para cuidar. Con este panorama, existen herramientas y políticas sociales que ayudan a paliar el síndrome del cuidador, las cuales también serán objeto de estudio.

Por último, se tratará de analizar la actuación desde el trabajo social con los/as cuidadores/as informales, así como las políticas sociales de actual aplicación con dicho colectivo. Principalmente, la intervención que se lleva a cabo con este colectivo es a través de la conocida Ley 39/2006, la cual ofrece una serie de servicios para la ayuda en los cuidados a las personas dependientes, así como programas de respiro para quienes se encargan de los cuidados de estas personas.

2. MÉTODO

Para poder analizar las causas del incremento notable de personas dependientes, así como el perfil de los/as cuidadores/as informales, sus consecuentes problemas de salud (tanto físicos como mentales) y la intervención desde el trabajo social, el presente estudio se basa en una revisión bibliográfica referente a los últimos veinte años.

La información se ha obtenido primordialmente de artículos escritos y publicados en revistas científicas. También se ha obtenido información de documentos oficiales de la Administración Pública como el IMSERSO y el INE. Así como parte de la información también ha sido recuperada del libro *“Las cuidadoras informales de enfermos con demencia”*.

Se realizaron tres búsquedas de carácter riguroso y sistemático en la reconocida y relevante base de datos de psicología, *PsycINFO*, así como la consulta de artículos en *Dialnet*, filtrando en revistas científicas, desde 1994 a 2014 y utilizando una serie de palabras clave o descriptores, de tal manera que los resultados de dichas búsquedas se centraran directamente en el tema de la presente revisión bibliográfica. Para abordar la actuación del trabajo social con los/as cuidadores/as informales, esta revisión, además de los artículos encontrados al respecto, también se apoya en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

En la primera búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores *“dementia AND caregiver OR caregiver burden AND burden caregiver”*, filtrando en revistas científicas, artículos de revistas y en el periodo de 1994 a 2014, resultaron un total de 102 entradas. En la segunda búsqueda se utilizaron los descriptores *“caregivers AND dementia”*, filtrando en revistas científicas, artículos de revistas, publicados en el periodo entre 1994 y 2014 y en materia de carga del cuidador, resultando un total de 294 entradas. Y la tercera búsqueda se realizó utilizando los descriptores *“Social Work AND dementia OR caregiver”*, filtrando en revistas científicas y publicados entre 1994 y 2014, resultando un total de 21 entradas.

Se seleccionaron los art́culos ḿs adecuados y rigurosos mediante la b́squeda por internet, a continuaci3n se leyeron y analizaron dichas publicaciones para obtener los datos ḿs relevantes en relaci3n al perfil sociodemogŕfico del cuidador informal, las caracterfsticas del cuidado, las consecuencias ffsicas y emocionales de dichos cuidados y las habilidades, programas y polfticas sociales que existen en base al trabajo social para subsanar o prevenir dichas consecuencias negativas para la salud.

Es importante destacar el caŕcter objetivo y descriptivo del presente estudio de revisi3n, centŕndose en los datos ḿs relevantes sobre la carga de los/as cuidadores/as informales y la actuaci3n del trabajo social con dicho colectivo.

3. RESULTADOS

En total se seleccionaron 29 art́culos, considerando que eran los ḿs apropiados para la elaboraci3n de la presente revisi3n te3rica, y que a su vez recogen la mayor parte de la informaci3n en cuanto al tema que pretende revisar el presente estudio.

Los art́culos encontrados se han dividido en dos tablas, por un lado, en la Tabla 1 se puede observar la relaci3n de art́culos en correspondencia con el perfil sociodemogŕfico del cuidador informal, asf como las caracterfsticas de los cuidados y sus consecuencias y por otro lado, en la Tabla 4, se agrupan los art́culos relacionados con el ́mbito de actuaci3n del trabajo social con los cuidadores informales.

3.1. PERFIL SOCIODEMOGŔFICO DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Se considera cuidador/a principal, a aquella persona que dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo a que la persona dependiente pueda realizar las actividades b́sicas de la vida diaria, sin ser este remunerado econ3micamente, es asignado para tal efecto por diferentes motivos y es percibido por el resto de la familia como el responsable de los cuidados (Fernández de Larrinoa, et al., 2011; Esteban y Mesa, 2007; Roig, et al., 1998), véase Tabla 1.

Numerosos estudios recogidos en la Tabla 1, coinciden en que para poder concretar el perfil sociodemogŕfico del cuidador principal, es importante analizar diversas variables como son: el vnculo familiar, el sexo, la edad, el estado civil, el nivel econ3mico y educativo y la situaci3n laboral.

Según el INE (2002), en cuanto al vnculo familiar, en la gran mayorfa de los casos, los cuidadores de personas dependientes suelen ser hijos, seguidos del c3nyuge y

finalmente los padres. Sin embargo este patrón es distinto en otras culturas, como demuestran Garcés, Carretero y Ródenas (2006), en Canadá, dónde el mayor porcentaje de cuidadores son los cónyuges, seguido por los padres y los hijos.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga.

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Esteban y Mesa (2007)	"Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia".	Análítico longitudinal prospectivo.	82 cuidadores de enfermos con demencia.	SPSS 12.0	El cuidador principal se siente más molesto y la sobrecarga aumenta con las alteraciones conductuales peligrosas y agresivas y por las tareas asistenciales que requieren esfuerzo físico importante.
Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers (2010)	"Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia".	Cualitativo transversal.	73 cuidadores de enfermos con demencia.	Cuestionario de necesidades familiares, escala Zarit, cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), Escala de satisfacción con la vida (ESV), Escala para evaluar el apoyo interpersonal (EEAI), Salud general percibida.	Las necesidades más importantes fueron recibir información sobre la enfermedad, tratamiento y recursos. Las menos importantes fueron la necesidad de recibir ayuda económica y la necesidad de tener más tiempo para dormir.
Schindler, Engel & Rupprecht (2012)	"The impact of perceived knowledge of dementia on caregiver burden".	Transversal.	N=13 guarderías. N=18 centros de información. N=3 grupos de autoayuda. N=131 cuidadores.	Cuestionario de situación sociodemográfica, escala de conocimiento percibido y escala Zarit.	Los resultados obtenidos son comparables en igualdad con otras investigaciones, resultando que, a mayor edad, mayor carga y a menor nivel de estudios, mayor carga.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Ornstein & Gaugler (2012)	"The problem with problem behaviors: a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad".	Revisión teórica.	Se revisaron 708 resúmenes o artículos únicos.	Revisión teórica.	Los estudios no tenían un sistema coherente de categorización de los síntomas. La depresión, la agresión y trastornos del sueño son los síntomas de los pacientes más frecuentemente identificados con un impacto negativo, una amplia gama de síntomas se asoció con la carga del cuidador y la depresión.
Holley & Mast (2009)	"The impact of anticipatory Grief on caregiver burden in dementia caregivers".	Estudio cualitativo transversal.	80 cuidadores informales.	Parámetros sociales, escala de memoria y problemas de conducta, escala de depresión geriátrica, escala de sufrimiento del cuidador, escala de pena anticipada, escala Zarit, inventario de carga de Montgomery.	La pena anticipada se demostró como una asociación significativa e independiente con la carga del cuidador en esta muestra, más allá de los efectos de los predictores conocidos tales como las características de fondo, problemas de conducta de quien recibe los cuidados y síntomas depresivos.
Ostwald et al. (1999)	"Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia".	Longitudinal.	117 familias.	Escala Allen para determinar los niveles funcionales y cognitivos de las personas dementes, escala Zarit, escala de estado mental (MMSE) y escala de estudios epidemiológicos de depresión (CES-D).	La participación de los cuidadores principales y otros miembros de la familia en un taller a corto plazo, con un plan de estudios que combina claramente la información y la formación en gestión de la conducta con la atención al apoyo de la familia, puede tener efectos positivos importantes para los cuidadores.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Zambrano y Ceballos (2007)	“Síndrome de carga del cuidador”.	Revisión tipo ensayo.	Otros estudios en relación con el tema.	Escala Zarit, <i>Caregiver Burden Assessment (CBA)</i> (15) y <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> (16).	La presentación de las diferentes variables, como promotoras de la aparición del SCC demuestra la importancia de estudiar los factores relacionados con la sobrecarga y las diferencias entre los cuidadores, a la hora de definir las causas que lo expliquen.
Roig, Abengózar y Serra (1998)	“La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer”.	Cualitativo transversal.	52 cuidadores de personas con Alzheimer.	Entrevista diagnóstica CAMDEX y escala <i>MiniMental State Examination</i> de Folstein, <i>Mini Examen Cognoscitivo</i> y el <i>Examen Cognitivo</i> . Cuestionario de sobrecarga en cuidadores de ancianos con demencia (SCAD).	Experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, casadas, con un hijo, nivel de estudios bajo-medio, bajo nivel económico, que llevan cuidando 10-12 años y que cuidan de enfermos en 3ª fase.
Seidman, Stefani, Pano, Acrich y Bail (2004)	“Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores fami- liares de enfer- mos crónicos”.	Descriptivo transversal.	143 cuidadores de enfermos crónicos.	Escala Zarit y cuestionario sobre Apoyo Social de Mannheim (1986).	El tamaño de la red de parientes, el apoyo instrumental cotidiano y psicológico en crisis aminora el sentimiento de sobrecarga, mientras que en las hijas lo disminuye la mayor intensidad de apoyo instrumental en crisis percibido por ellas.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Stefani, Seidman y Acrich (2000)	“Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos”.	Análítico prospectivo.	140 cuidadoras.	Cuestionario de datos básicos, cuestionario sobre apoyo social de Mannheim (MISS) y escala Zarit.	A partir de los resultados obtenidos, se concluye que el grupo de madres cuidadoras se diferencia del de las hijas en el grado de apoyo social percibido y en el sentimiento de sobrecarga y las madres cuidadoras se diferencian entre sí en el sentimiento de sobrecarga de acuerdo en si están satisfechas o no con el apoyo instrumental y psicológico.
Barneto, Bajo, Espauella, Dalmau y Altimiras (2009)	“Resultados de los parámetros de evaluación asistenciales de una unidad de atención intermedia para pacientes con demencia”.	Prospectivo.	46 pacientes con demencia.	Neuropsychiatric Inventory.	Las unidades de Psicogeriatría de media estancia permiten el control de los síntomas psicológicos y conductuales y probablemente optimizan el recurso de los hospitales de agudos.
Crespo, Hornillos, De Quirós y Gómez (2011)	“La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia”.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Se concluye que el mejor instrumento o método es el QOL-AD.
Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2010)	“Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en Cuidadores Informales de pacientes con demencia: un estudio piloto”.	Descriptivo longitudinal.	10 mujeres y 3 hombres.	Cuestionario de información sobre características de los cuidadores y familiares con demencia, escala CES-D, entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje 1 del DSM-IV, inventario de solución de problemas revisado, escala de ajuste social y escala Zarit.	Las evaluaciones tras la intervención mostraron una reducción estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva, inadaptación social, sobrecarga, riesgo de depresión y un incremento significativo en las habilidades de solución de problemas.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Fernández-Lansac y Crespo (2011)	“Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión”.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Al no existir una línea de investigación extensa, los resultados no son fiables.
Franco, Sola y Justo (2009)	“Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena)”.	Longitudinal.	36 familiares cuidadores.	Cuestionario SCL-90-R y Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.	Los análisis muestran una reducción significativa en los 3 índices generales y en las diversas dimensiones del malestar psicológico, así como en la sobrecarga del cuidador en el grupo experimental. Sin embargo, 4 meses después, las mejoras del grupo experimental se vieron reducidas, se obtuvieron puntuaciones más altas en todas las dimensiones en comparación con las puntuaciones medias posttest.
Cuéllar y Sánchez (2012)	“Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes”.	Cualitativo transversal.	105 cuidadores.	Inventario de Estilos de Personalidad de Millon y GHQ-12.	Los resultados muestran la existencia de estilos psicológicos preferentes en este grupo de cuidadores (Protección, Sensación, Sentimiento, Conformismo y Aquiescencia), y revelan que las bipolaridades Expansión-Preservación, Extroversión-Introversión, Retraimiento-Sociabilidad, Indecisión-Decisión y la escala Dominio, se relacionan con una peor salud psicológica.

Tabla 1. Artículos seleccionados en relación al perfil sociodemográfico del cuidador principal, cuidados informales y sobrecarga (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Domínguez et al. (2011)	"Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (EBEMS/CFAM)".	descriptivo longitudinal	451 participantes	Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (EBEMS/CFAM)	Se presenta una secuencia de resultados de análisis cualitativos, análisis factoriales, de modelamiento Rasch y ecuaciones estructurales en cuatro muestras de estudio que, en conjunto, confirman la validez y confiabilidad de la escala.
láñez e láñez (2005)	"Programa de formación de cuidadores domiciliarios para personas mayores".	Estudio de diseño.	No existe.	Programa para la formación de auxiliares de ayuda a domicilio para persona mayores.	Se planifica la metodología, objetivos generales y específicos a alcanzar, el contenido del programa y el proceso de evaluación de resultados.
Stefani, Seidman y Acrich (2003)	"Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento".	Transversal.	143 cuidadoras.	Cuestionario de datos básicos, cuestionario de estilos de afrontamiento de Folkman y Lazarus e Inventario de Soledad Emocional y Social (ESLI) de Vivenzi y Grabosky (1989).	La situación de cuidado que enfrenta una madre con un hijo enfermo crónico y una hija con un progenitor anciano enfermo crónico, influye sobre las estrategias centrado en el problema, autoatribución de la culpa y pensamiento fantasioso. En todas ellas, las madres cuidadoras utilizaron más estas estrategias que las hijas cuidadoras.

Una variable muy interesante para perfilar el cuidador informal es el sexo. Casi el 100 % de los artículos revisados para tal estudio afirman que en la mayoría de los casos, es una mujer quien se encarga de ejercer los cuidados informales.

El rol de cuidador principal en la mayoría de los casos lo asume una mujer (Seidman et al., 2004; Stefani et al., 2000; Zambrano y Ceballos, 2007; IMSERSO, 2005; Esteban y Mesa, 2007; Losada et al., 2007; Saavedra et al., 2013; láñez e láñez, 2005). Este colectivo compone el 84 % de cuidadores informales en nuestro país,

porcentaje que se ha visto ligeramente incrementado desde el último informe del IMSERSO, 1995 sobre el cuidado a las personas mayores en los hogares españoles, pasando de un 83 % a un 84 %. Esto demuestra las expectativas no escritas sobre quién debe cuidar, tanto en nuestra sociedad como en muchas otras (IMSERSO 2008).

En lo referente a la edad que tienen los cuidadores informales, la mayoría de los estudios revisados exponen un rango de edad de 45 a 65 años. La edad está relacionada directamente con la vinculación familiar, puesto que si es el cónyuge quien ofrece los cuidados la edad será mayor que si es la hija o la nuera (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Vázquez et al., 2010; Moreno et al., 2010; Franco et al., 2009; Schindler et al., 2012 y Carretero et al., 2006).

En cuanto al estado civil, el estudio que realizaron Cuéllar y Sánchez (2012) sobre una muestra de 105 cuidadores/as, el 74,3 % estaban casadas/os. Otro estudio realizado por Moreno et al. (2010) en una muestra de 73 cuidadores, el 76,6 % estaban casadas/os. Por otro lado, Fernández de Larrinoa et al. (2011), en una muestra de 1253 cuidadores observaron que el 73,2 % eran casadas/os. En el estudio de Vázquez et al., (2010), el 76,9 % se encontraban en la misma situación. El predominio de este estado civil, en cuidadores/as de personas con demencia asciende al 85 % según Carretero et al., (2006). (Véase Tabla 1).

Por otro lado, en lo referente al nivel educativo, la situación predominante son los estudios primarios y en menor medida los estudios universitarios. Así como la tendencia es la adquisición económica baja (Cuéllar y Sánchez, 2012; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Carretero et al., 2006).

En cuanto a la situación laboral, la tendencia de los cuidadores principales es a estar en situación de desempleo, bien porque ya lo estaban antes de ejercer dicho rol, o porque han tenido que dejar el trabajo como consecuencia de la dependencia de su familiar para poder ejercer los cuidados (Moreno et al., 2010; Cuéllar y Sánchez, 2012; Carretero et al., 2006; Márquez-González et al., 2007; Vázquez et al., 2010; Zambrano y Ceballos, 2007; Macías et. al., 2013).

Tabla 2. Perfil sociodemográfico del cuidador principal

VARIABLE	PERFIL
Vínculo familiar	En la mayoría de los casos es una hija.
Sexo	El cuidador principal en el 84 % es mujer.
Edad	Entre 45 y 65 años, dependiendo del vínculo familiar con la persona dependiente.
Estado civil	Entre el 70 % y 80 % está casada.
Nivel económico y educativo	Adquisición económica baja y estudios primarios.
Situación laboral	En situación de desempleo.

Fuente: Elaboración propia

3.2. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO INFORMAL

Las características del cuidado informal, o lo que es lo mismo, la forma que tiene el cuidador informal de ofrecer su ayuda, está directamente relacionado con el nivel del sobrecarga que dicho cuidador pueda sufrir. El término “sobrecarga” hace referencia a los costes físicos, emocionales y financieros que resurgen de la labor del cuidador principal (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Roig et al., 1998; Saavedra et al., 2013; Zambrano y Ceballos, 2007). Analizaremos el cuidado informal en función de las variables como son, el lugar donde se ejercen los cuidados, las tareas a realizar, la frecuencia e intensidad, el costo económico, el número de cuidadores que intervienen, duración de los cuidados y las razones por las que se ejerce dicho rol, dichas variables explicarán posteriormente la sobrecarga del cuidador.

Según el INE (2002), el 90 % de los cuidadores informales de personas con discapacidad, conviven en el mismo hogar. Sin embargo, en el caso de cuidadores de personas mayores dependientes, el 61 % conviven en el mismo hogar, el 30 % de los cuidadores no comparte vivienda y tan solo el 9 % tiene convivencias temporales (Carretero et al., 2006). En un estudio realizado por Esteban y Mesa (2007) sobre una muestra de 82 cuidadores/as informales, el 79,26 % convivía con el paciente (véase Tabla 1).

Las personas dependientes requieren una atención prolongada en el tiempo y de forma prácticamente permanente puesto que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Fernández de Larrinoa et al., 2011). Entre las principales tareas que realizan los cuidadores son ayudarles a levantarse, moverse, cuidar su higiene personal, dar la medicación, dar de comer, etc. También realizan actividades tanto de acompañamiento y vigilancia como de asistencia sanitaria, emocional y social (Carretero et al., 2006).

En lo referente a la frecuencia e intensidad de los cuidados, numerosos estudios están de acuerdo en que esta variable está proporcionalmente relacionada con el nivel de dependencia de la persona cuidada. De nuevo, el cuidador femenino es quien más horas dedica al día a los cuidados, con una media de 40 horas semanales (Carretero et al., 2006; Kaplan y Berkman, 2011; Stefani et al., 2000; y Fernández de Larrinoa et al., 2011).

Por otro lado, el costo económico interviene de forma notable a la hora de afrontar los cuidados de una persona dependiente, bien porque dicho dinero se destina a los cuidados o bien porque el cuidador principal tiene que desvincularse laboralmente, es lo que se conoce como costos indirectos (Zambrano y Ceballos, 2007 y Moreno et al., 2010). Los costes financieros directos están relacionados con el pago de consultas médicas, servicio doméstico adicional, medicamentos, hospitalizaciones, necesidades nutritivas y material orto protésico (Moreno et al., 2010; Esteban y Mesa, 2007).

El cuidado informal suele ser asumido por una única persona, conocida como el cuidador principal, responsable de los cuidados, aunque pueda ser ayudada de forma esporádica

por otros miembros de la familia (Carretero et al., 2006; Roig et al., 1998; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Seidman et al., 2004; Moreno et al., 2010 y Schindler et al., 2012).

En cuanto a la duración de los cuidados, depende de cada caso, pero en España, según el IMSERSO (2004), los cuidadores informales llevan ejerciendo los cuidados a una persona dependiente un promedio de 5,5 años.

Por último, a pesar de que no existen causas concretas, las razones destacables por las que se ejerce el rol de cuidador/a principal son por responsabilidad familiar o elección propia (Carretero et al., 2006). Por otro lado, según Esteban y Mesa (2007) consideran que la razón por la que una persona asume el rol de cuidador/a principal es por la ausencia de acuerdo explícito. La sociedad y la educación han influido en asentar la idea de que la mujer está mejor preparada para proporcionar cuidados, concepto conocido como “feminización de los cuidados”, pero debido al actual cambio cultural y generacional está aumentando el número de mujeres en el mundo laboral, por lo que se ven más cuidadores varones (Esteban y Mesa, 2007; Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia). Otro de los motivos para que lo varones estén asumiendo el rol de cuidador informal es la pérdida de su trabajo remunerado como consecuencia de la actual crisis económica por la que atraviesa España.

En la siguiente tabla se pueden ver las características más importantes de los cuidados informales.

Tabla 3. Características del cuidado informal

VARIABLE	CARACTERÍSTICAS
Lugar dónde se ejercen los cuidados	Dependiente y cuidador/a conviven en el mismo hogar en la mayoría de los casos.
Tareas que se realizan	Las principales tareas que realizan son las ABVD, acompañamiento, vigilancia y asistencia sanitaria, emocional y social.
Frecuencia e intensidad	Dedican una media de 40 horas semanales.
Coste económico	Alto coste económico.
Número de cuidadores/as que intervienen	El cuidador informal es apoyado ocasionalmente por otro miembro de la familia.
Duración de los cuidados	Una media de 5,5 años.
Razones para ejercer de cuidador/a principal	Responsabilidad familiar, elección propia, ausencia de acuerdo explícito y roles aceptados de la sociedad.

Fuente: Elaboración propia.

3.3. CONSECUENCIAS DE LOS CUIDADOS INFORMALES

Numerosos estudios coinciden en que los/as cuidadores/as informales estn expuestos a una serie de estresores relacionados con las características de los cuidados que realizan de forma prolongada en el tiempo y que tienen consecuencias negativas (Franco et al., 2010; Vázquez et al., 2010; Schindler et al., 2012; lñez e lñez, 2005; Ornstein & Gaugler, 2012). Estos estresores dan lugar a complicaciones físicas, psicológicas y sociales tales como: enfermedades respiratorias, riesgo cardiovascular, aumento de la actividad simpática, depresión, estrés, ansiedad y aislamiento social (Moreno et al., 2010; Fernández de Larrinoa et al., 2011; lñez e lñez, 2005; Cuéllar y Sánchez, 2012; Fernández-Lansac y Crespo, 2011; Esteban y Mesa, 2008; Roig et al., 1998; Zambrano y Ceballos, 2007). (Véase Tabla 1).

Según Zambrano y Ceballos (2007), existen dos tipos de estresores que provocan la sobrecarga del cuidador, los primarios y los secundarios. El primer tipo está directamente relacionado con la persona y sus cuidados, mientras que los estresores secundarios tienen que ver más con la propia percepción del cuidador. Por otro lado, Roig et al., (1998), conciben dos vertientes de carga del cuidador, la objetiva, centrada en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la subjetiva o percibida, orientada a los sentimientos y emociones que provocan dichas actividades.

Por consiguiente, la carga en el cuidador, como el deterioro de salud física y mental percibido por la persona que recibe los cuidados, puede influir de manera negativa en el mismo (Zambrano y Ceballos, 2007; Vázquez et al., 2010).

Finalmente, no todas las consecuencias de los cuidados son negativas, sino que también existen consecuencias de carcter positivo y que, a su vez, influyen positivamente en el paciente. El cuidador puede percibir las actividades de acompañamiento en los últimos momentos de vida o la posibilidad de auxiliar a una persona querida, como una oportunidad de desarrollo personal, bienestar y satisfacción propia, lo cual está directamente relacionado con menor nivel de ansiedad, estrés, depresión y sobrecarga percibida (Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

3.4. ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON DICHO COLECTIVO

El impacto del envejecimiento sobre los cuidadores informales hace necesaria la creación de un sistema de intervención desde el trabajo social con dicho colectivo. El gasto en protección social en España en 2001 era del 20,1 % del PIB, situándose en segundo lugar por la cola y con una diferencia de 7 puntos sobre la media de los países de la Unión Europea (Montserrat-Codorniu, 2006). (Véase Tabla 4).

El trabajo social forma un conjunto de habilidades, valores, recursos y funciones. La actividad de los/as trabajadores/as sociales del ámbito geriátrico, independientemente del escenario en el que trabajen, se centra en la prestación de servicios de apoyo, terapéuticos y educativos, dirigidos en mayor medida a los cuidadores familiares (Kaplan & Berkman, 2011; Schindler et al., 2012).

Los cuidadores informales deben ser concebidos como recursos humanos para la atención a la dependencia y como objetivos en sí mismos de la atención comunitaria. Por ello, es de vital importancia atender las necesidades de los cuidadores informales a través de estrategias y procedimientos que sufraguen el riesgo inherente de la situación de cuidado, desde una perspectiva de prevención e intervención (Losada et al., 2007; Polden, 1989; Kerr, 2005; Mc Callion et al., 1994).

En este contexto surge la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, la cual reconoce el derecho a toda persona que no pueda valerse por sí misma, a ser atendida por el Estado. La cartera de servicios que ofrece dicha ley a través de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), son: servicio de prevención de las situaciones de dependencia, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche, servicio de atención residencial y prestaciones económicas, tanto para la contratación de un servicio, cuidados en el entorno familiar y consiguiente apoyo a cuidadores no profesionales como de asistencia personalizada (Losada et al., 2007).

La Ley, en su artículo 18 se centra en la intervención directa con cuidadores informales expresando textualmente que “el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso” (Losada et al., 2007: 66).

Desde el trabajo social, el modelo de estrés adaptado al cuidado, ha sido el referente en la mayoría de las intervenciones con cuidadores informales. El estrés es un proceso en el que intervienen factores contextuales, estresores y recursos del cuidador. Las actuaciones dirigidas a reducir el malestar de los cuidadores se centran en intervenciones de respiro (institucionalizar al paciente temporalmente para que el cuidador disponga de tiempo de ocio), grupos de autoayuda, programas psicoeducativos y programas psicoterapéuticos (Losada et al., 2007).

Finalmente comentar que existen otros programas de intervención con este colectivo como el programa de entrenamiento en *Mindfulness* (conciencia plena), analizado por Franco et al., (2010) a través del cual se demuestra la reducción del nivel de malestar de los cuidadores informales.

Tabla 4. Artículos seleccionados en relación al ámbito de actuación del trabajo social con los cuidadores informales

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Mc Callion, Toseland & Diehl (1994)	"Social work practice with caregivers of frail older adults".	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Existe variedad de intervenciones a corto y largo plazo. Se incluyen tendencias hacia dentro y los problemas relacionados con el cuidado, ayudando a los cuidadores a cubrir sus propias necesidades frente a los cuidados.
Ross, Holliman & Dixon (2003)	"Resiliency in family Caregivers: Implications for Social Work Practice".	Cualitativo transversal.	23 cuidadores informales.	Encuesta de resumen.	Se revelaron los temas comunes, desde la identificación de los aspectos más difíciles del cuidado a los beneficios del cuidado, tanto la manera en que estos cuidadores llevan la tensión.
Cox, Parsons & Kimboko, (1998)	"Social services and intergenerational caregivers: Issues for Social Work".	Cualitativo transversal.	54 familias.	Older Americans Multidimensional Functional Assessment (OARS) Escala Zarit.	Señalan la necesidad de incrementar el apoyo de los servicios sociales para las familias cuidadoras y en concreto se necesita una mejor atención para subsanar la sobrecarga subjetiva. El estudio también sugiere una mayor investigación en este tema.
Rossack, Cynthia (2009)	"Review of Social work and people with dementia: Partnerships, practice and persistence".	Revisión bibliográfica.	No existe.	Se analiza el libro " <i>Trabajo Social y personas con demencia: sociedades colectivas, la práctica y la perseverancia</i> "	Esta publicación comunica optimismo, entusiasmo y emoción. Extiende conocimientos y valida otras actividades de buena práctica.
Kerr, Diana (2005)	"Review of Social Work and Dementia".	Revisión bibliográfica.	No existe.	E analiza el libro " <i>El Trabajo Social y la Demencia</i> "	El libro suministra consejos, información y orientación para trabajadores sociales que trabajan con personas demenciales. Concluye comentando que es un buen libro y válido como guía a muchos trabajadores sociales.

Tabla 4. Artículos seleccionados en relación al ámbito de actuación del trabajo social con los cuidadores informales (continuación).

AUTORES/ AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Manthorpe & Iliffe (2005)	"Timely Responses to Dementia: Exploring the Social Work Role".	Cualitativo transversal.	20 Trabajadores Sociales.	Se midieron el diagnóstico y la destreza de pronóstico, impacto de la disponibilidad del recurso sobre la actividad profesional y un modelo de incapacidad de la demencia.	Trabajadores sociales especialistas en este tema, confirman que la creación de estos grupos de trabajadores sociales les ayuda a ejercitar su destreza terapéutica, comunicación y solución de problemas.
Polden, Esther R. (1999)	"Social Work and people with dementia: Putting principles into practice".	Estudio cualitativo.	No existe.	4ª estrategia del consentimiento constructivo por P. Ramsey.	La decisión de dar consentimiento se basa en que la persona, de manera individual, valora su individualidad.
Kaplan & Berkman (2011)	"Dementia Care: A global concern and social work challenge".	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisa las necesidades de atención de las personas con demencia y sus familiares. Examina el estado de preparación de la profesión de trabajo social para responder a las necesidades de estas personas. Los autores, evalúan los roles profesionales, tamaño y alcance de la base de evidencia de apoyo para las prácticas de trabajo social en la atención a este colectivo.
Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007)	"Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar".	Descriptivo reflexivo.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Descripción de las distintas áreas susceptibles de mejora de las intervenciones dirigidas a reducir el malestar de los cuidadores informales a través de programas de entrenamiento en habilidades para el afrontamiento del cuidado.
Montserrat-Codorniu, J. (2006)	"El gasto en los mayores: el reto de la dependencia".	Revisión teórica.	Revisión teórica.	Revisión teórica.	La dependencia genera costes inalcanzables para muchas familias y el gasto público en nuestro país es inferior a la media de Europa .

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio reproduce exactamente el problema actual al que nos enfrentamos: la dependencia que sufren algunas personas hacia otras para realizar las ABVD y la sobrecarga que experimentan estas personas al ejercer de cuidadores/as.

Una vez analizados los resultados de la presente revisión, podemos concluir que el perfil sociodemográfico del cuidador informal lo compone por regla general una mujer, hija de la persona dependiente, con edad comprendida entre 45 y 65 años, la mayoría está casada, tiene una condición conómica baja, estudios primarios y se encuentra en situación de desempleo. El vínculo familiar y la edad, están relacionadas entre sí, puesto que si el cuidador informal es el cónyuge, la edad será mayor que si quien ejerce los cuidados es una hija o nuera.

Por otro lado, detectamos que las principales características de los cuidados son que tanto cuidador como dependiente viven en el mismo hogar en la mayoría de los casos, las principales tareas que realizan son las ABVD, dedican una media de 40 horas semanales, requieren un elevado coste económico, el cuidador informal es apoyado ocasionalmente por otro miembro de la familia, llevan ejerciendo los cuidados una media de 5,5 años y las razones para ejercer dicho rol son por responsabilidad familiar, elección propia, ausencia de acuerdo explícito y roles aceptados de la sociedad. Muchas de las características enumeradas anteriormente están directamente relacionadas con el grado de dependencia de la persona que recibe los cuidados. Actualmente son las características que más predominan puesto que van dirigidas a personas mayores, colectivo que va aumentando progresivamente en nuestra sociedad con el paso de los años.

Este estudio también ha analizado las consecuencias negativas para la salud que conlleva ejercer dicho rol, destacando los elevados niveles de estrés, depresión y ansiedad. Sin embargo, algunos autores aseguran que también existen consecuencias positivas, ya que existen cuidadores informales que se sienten bien consigo mismos por el hecho de saber que están ayudando a otra persona, lo que se traduce en niveles más bajos de estrés, depresión y ansiedad.

Finalmente, en lo referente a la intervención del trabajo social con los cuidadores informales, la política social que se encarga de atender a dicho colectivo es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la cual ofrece una serie de servicios como Teleasistencia, SAD, Centro de Día, Centro de Noche, atención residencial y prestaciones económicas de distinta índole. Aparentemente es deficitaria porque debido al aumento de personas dependientes y a la actual crisis económica por la que atraviesa el país, la Ley no tiene cobertura suficiente para atender a todas las personas ni cuidadores, provocando largas listas de espera y situaciones precarias para los cuidadores.

En resumen, este estudio corrobora el perfil del cuidador informal que está instaurado en nuestra sociedad actual. No hay que olvidar que se están produciendo cambios de género en los cuidados a raíz de la crisis económica que estamos atravesando, ya que los varones comienzan a ejercer el rol de cuidador informal. Pero, a diferencia de las mujeres, dicho rol lo asumen debido a que han perdido el trabajo habitual, entre otros motivos.

Sería un tema interesante de seguir investigando, puesto que la sociedad está en continuo cambio influenciada sobre todo por las nuevas tecnologías. Por consiguiente, las políticas sociales deberían ir experimentando cambios ya que son las políticas sociales las que deben adaptarse a las necesidades de la población y no al contrario.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2006). *La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cox, E. O., Parsons, R. J., & Kimboko, P. J. (1988). Social services and intergenerational caregivers: Issues for social work. *Social Work, 33*, (5), 430-434.
- Cruz, R. Z., & Cardona, P. C. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 36*, (43), 26S-39S.
- Cuéllar Flores, I., & Sánchez López, M. P. (2012). Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clínica y Salud, 23*, (2), 141-152.
- Domínguez Guedea, M. T., Mandujano Jáquez, M. F., Dávalos, G. L., Domínguez Guedea, R. L., González Montesinos, M. J., Petearson, M. S., & Sing, B. F. (2011). Escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores (EBEMS/CFAM). *Revista de Psicología, 29*, (2), 265-287.
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo L., M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y Salud, 22*, (1), 21-40.
- Franco, C., Sola, M. D. M., & Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de alzhéimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45*, (5), pp 252-258.
- Gimeno, A. B. E., & Lampré, M. Pilar Mesa. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43*, (3), 146-153.

- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist*, 49, (3), 388-396.
- láñez, M. Á., & láñez, B. (2005). Programa de formación de cuidadores domiciliarios para personas mayores. *Pensamiento Psicológico*, 1, (4), 75-80.
- IMSERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.
- IMSERSO (2008). *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, IMSERSO.
- INE (2002). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados*. Madrid: INE.
- Kaplan, D. B., & Berkman, B. (2011). Dementia care: A global concern and social work challenge. *International Social Work*, 54, (3), 361-373.
- Kerr, D. (2005). Review of social work and dementia. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 4, (4), 601-602.
- López, M. C., Jerez, C. H., de Quirós Aragón, Mónica Bernardo, & Gómez Gutiérrez, M. M. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46, (6), 319-324.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., & Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud*, 15, (1), 57-76.
- Macías, F., Javier Saavedra, Díaz, M. J. B., Sánchez, S. A., Calderón, M. G., & Moreno, D. M. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: Influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud*, 24, (2), 85-93.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2005). Timely responses to dementia: Exploring the social work role. *Journal of Social Work*, 5, (2), 191-203.
- McCallion, P., Toseland, R. W., & Diehl, M. (1994). Social work practice with caregivers of frail older adults. *Research on Social Work Practice*, 4, (1), 64-88.
- Moreno, J. A. M., Arango-Lasprilla, J., & Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde El Caribe*, 26, 1-35.
- Montserrat-Codorniu, J. (2006). El gasto en los mayores: el reto de la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41,(1), 39-47.
- Ornstein, K., & Gaugler, J. E. (2012). The problem with "problem behaviors": A systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *International Psychogeriatrics*, 24, (10), 1536-1552.
- Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 39, (3), 299-309.

- Palacios, F. de L., P., Rodríguez, S. M., Marqués, N. O., Zabaleta, M. C., Eizaguirre, J. S., & Marroquín, I. G. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, (3), 388-393.
- Polden, E. R. (1989). Social work and people with dementia: Putting principles into practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, (3), 173-181.
- Richards, S. (2008). Review of social work and people with dementia: Partnerships, practice and persistence. *Ageing & Society*, 28, (3), 443-445.
- Roig, M. V., Abengózar, M. C., & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de alzhéimer. *Anales de Psicología*, 14, (2), 215-227.
- Ross, L., Holliman, D., & Dixon, D. R. (2003). Resiliency in family caregivers: Implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 40, (3), 81-96.
- Schindler, M., Engel, S., & Rupprecht, R. (2012). The impact of perceived knowledge of dementia on caregiver burden. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, (3), 127-134.
- Seidmann, S., Stefani, D., Pano, C. O., Acrich, L., & Pupko, V. B. (2004). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Psicología*, 22, (1), 46-62.
- Soto, M. B., Peñas, L. B., Panicot, J. E., Paniagua, N. D., & Roset, J. A. (2010). Resultados de los parámetros de evaluación asistenciales de una unidad de atención intermedia para pacientes con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45, (4), 196-198.
- Stefani, D., Seidmann, S., & Acrich, L. (2000). Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: Un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 17, (1), 21-38.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L., & Pupko, V. B. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: Sentimientos de soledad, aislamiento social, y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, (1), 55-65.
- Vázquez, F. L., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, Á. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 21, (1), 59-76.
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, (1), 26-39.

INFLUENCIA DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES COMO TRABAJADORAS

INFLUENCE OF THE SPANISH LAW ON DEPENDENCE ON THE PERCEPTION OF FAMILY CAREGIVERS AS WORKERS

Cristina Carral Miera

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Resumen: A pesar de los cambios legislativos, los cuidados familiares siguen siendo un pilar básico de la atención a la dependencia en nuestro país. El presente artículo analiza cómo han afectado los cambios normativos producidos en la regulación de los cuidados de las personas en situación de dependencia a la percepción y autopercepción del colectivo de las cuidadoras informales o familiares.

Tras el análisis se concluye que la percepción de la figura de las cuidadoras informales varía con los cambios normativos y la autopercepción de los cuidados informales como trabajo está profundamente vinculada a lo identitaria que para las personas cuidadoras sea la labor que desarrollan. Esta circunstancia se relaciona a su vez con otras como el género, la edad o la situación laboral previa.

Palabras clave: Cuidadores familiares, Interacción socio-normativa, Percepción y autopercepción, Naturalización e identidad.

Abstract: Even with recent legislative changes, family care giving continues to be a basic pillar of the care provided to dependent people in Spain. This article analyzes how the legislative changes in the regulation of care for dependent people have affected social perception and self-perception of informal or family caregivers.

The authors conclude that the perception of the figure of informal caregivers has changed with the regulatory changes and that the self-perception of informal care as work is closely linked to the extent to which the caregivers consider the tasks they perform to be part of their identity. This circumstance is linked, in turn, to others such as gender, age or previous work experience.

Key words: Family caregivers, Social-regulatory interaction, Perception and self-perception, Maturation and identity.

| Recibido 05/09/2015 | Revisado 15/11/2015 | Aceptado 20/11/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Cristina Carral Miera. Estudiante de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). E-mail: ccarral1@alumno.uned.es.

Referencia normalizada: Carral, C. (2016). Influencia de la Ley de Dependencia en la percepción de las cuidadoras familiares como trabajadoras. *Trabajo Social Hoy*, 77, 85-107. doi 10.12960/TSH.2016.0005.

1. INTRODUCCIÓN

En este artículo analizaré la repercusión que tienen los cambios normativos introducidos en la regulación de la atención a la dependencia en la percepción de la figura de las cuidadoras familiares. Para ello observaré la relación de estos cambios con la variación del discurso producido tanto por las propias personas dedicadas al cuidado como por el resto de agentes sociales concernidos, tales como familiares, gestores socio-sanitarios o responsables políticos en el área de los cuidados. Examinaré también las repercusiones que esta alteración de las bases teóricas ha producido en los derechos reconocidos a las personas dedicadas al cuidado informal.

Asimismo, examinaré las propuestas teóricas que pretenden orientar la normativa referente a esta cuestión y que se centran en los derechos de todos los individuos implicados en el proceso de los cuidados.

2. ALGUNAS ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS Y CONCEPTUALES

La percepción de la dependencia y del deterioro en la vejez, y con ello su consideración social, han experimentado variaciones. A lo largo del tiempo se pueden distinguir tres modelos clásicos de trato social hacia las personas con discapacidad y un nuevo modelo, el de la *divertad* (Muyor, 2012: 79). Estos modelos coexisten y dan diversas respuestas sociales frente a la realidad de la discapacidad:

- En el primer modelo, denominado *prescindencia* se entiende que las vidas de las personas con discapacidad no merecen la pena ser vividas.
- En el modelo *médico-rehabilitador* se considera que la discapacidad es una alteración de la salud o una anomalía anatómica. Las respuestas se orientan a rehabilitar a la persona para que adquiera las capacidades del resto de la población.
- El *modelo social* rechaza esta respuesta y parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social. La discapacidad es el resultado de la interacción entre las personas y su entorno y las modificaciones ambientales para la participación social son responsabilidad social colectiva.
- El último concepto es la *Divertad*. Un acrónimo que engloba tres palabras y conceptos: dignidad y libertad en la diversidad.

El concepto de cuidados también suele ser definido por encima del tiempo y del espacio, sin advertir que solo adquiere sentido en una organización social y económica determinada. Aún nos encontramos muy lejos de llegar a una definición perfilada y consensuada del contenido y los límites de los cuidados. Esto da lugar a respuestas diferentes tanto en el plano teórico como en la práctica política.

Daly y Lewis (2000), reconociendo la ambigüedad del concepto de cuidados lo desarrollan como una categoría de análisis referida al Estado de Bienestar. Desde esta perspectiva, la conceptualización de los cuidados permite observar la economía social y política en la que se insertan, desarrollándose su capacidad para desvelar aspectos importantes de los sujetos que se dedican al cuidado, así como las características de las agencias sociales que se ocupan de las necesidades y el bienestar personal.

Admitiendo las dificultades terminológicas y sus límites, utilizaré en este texto las denominaciones de cuidados informales, familiares o no profesionales porque son los modos más usuales de referirse a esta clase de cuidados en la bibliografía que estudia este fenómeno. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) los adjetiva indistintamente como familiares o no profesionales.

3. EL DEBATE SOBRE LOS CUIDADOS INFORMALES Y LOS FACTORES QUE LO CONVIERTEN EN UNA ACTIVIDAD “CON GÉNERO”

Los datos muestran que son las mujeres quienes cuidan mayoritariamente. ¿Por qué? Factores como afectos, tiempos y espacios se combinan y motivan la consideración de los cuidados familiares como una actividad propia del género femenino.

3.1. LA ÉTICA Y LOS AFECTOS

En el modelo social de los cuidados aparece siempre el vínculo emocional como característica definitoria, pero, aunque la capacidad emocional humana es universal, las emociones son nuestro modo de valorar y juzgar nuestro entorno y nuestras interacciones sociales. Las diferentes formas de entender y de vivir emociones y sentimientos en distintas sociedades o grupos sociales no son ajenas a las relaciones de poder, y los valores morales y políticos predominantes hacen que las personas desarrollen las emociones y prácticas del cuidado de modo diferente (Esteban, 2011).

La provisión de servicios personales por parte de la familia constituye la denominada *economía del afecto* (Comas, 2009). En la familia se proporciona bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, suministrando a sus miembros provisión material, cuidados personales, alojamiento, crianza y ayuda práctica; actividades con escasa visibilidad donde predomina el afecto y la obligación moral. Su valor económico se pone de manifiesto solo cuando la provisión de asistencia la suministra el mercado, que hay que pagar individualmente, o bien el Estado, que ha de incorporarlo como gasto público en sus presupuestos. Uno de los instrumentos más potentes de este constructo cultural es el de la *naturalización*, un subterfugio ideológico que hace com-

patibles la igualdad teórica de oportunidades con las diferencias socio-económicas reales, y resuelve de esta manera las contradicciones de las sociedades de clase. Un orden social desigual (de género, clase, etnia) es convertido en un orden natural, con lo que se anula toda posibilidad de cambio (Stolcke, 2000). El peligro del aspecto afectivo es la utilización que se ha hecho de él para construir una identidad femenina basada en el cuidado y la maternidad, la llamada *mística del cuidado*. Por su parte, en las nuevas formas de masculinidad, el papel del cuidado de los otros, especialmente de los hijos, así como el autocuidado, cobran una nueva relevancia y un nuevo sentido.

El cuidado familiar es también un excelente indicador del binomio solidaridad y conflicto familiar. El modelo exige un cuidado afectuoso y sin contraprestación. Sin embargo, dar y recibir cuidado entraña también relaciones de poder. La situación previa a la dependencia es determinante y, en general, una relación más cercana se asocia a una actitud favorable hacia la labor del cuidado. Si las relaciones anteriores eran difíciles, distantes o tensas, la nueva situación las complica aún más.

3.2. LOS TIEMPOS Y LOS ESPACIOS DEL CUIDADO

Una de las principales transformaciones de la sociedad industrial moderna fue un nuevo modo de medir el tiempo. Aunque la imposición de un tiempo fijo de trabajo supuso para los trabajadores industriales la pérdida de la libertad de elegir su ritmo de actividad y le expuso a una flagrante explotación, también creó un tiempo de ocio. Esa segregación, y con ella la posibilidad del tiempo propio, es inexistente en los “tiempos naturales”, que marcan la reproducción y, dentro de ella, los cuidados. Rifkin (2010) expone la necesidad de volver a acoplar el tiempo humano al tiempo ecológico e insta a las sociedades humanas a empatizar con el ritmo biológico y ecológico del planeta y con las necesidades de quienes viven fuera del torbellino. Pero el autor no ve que el tiempo humano esté marcado por el género. “*Son los hombres quienes impulsan la aceleración del torbellino, pero el combustible que utilizan para ello es el tiempo de las mujeres*” (Mellor, 2000). Así la responsabilidad de las mujeres con respecto al tiempo biológico significa que los hombres han podido crear un mundo público que en general no se regula por él. Además, resaltar solo la dimensión cuantificable del tiempo difumina sus dimensiones más cualitativas. Este es un punto delicado, porque es aquí donde aparece la conexión de la ética o la mística del cuidado con la consideración de género de los tiempos y espacios en los cuidados.

La esencia del trabajo corporal/de cuidados es su *altruismo inmediato* (Gilman, 1966 citado en Mellor, 2000). Este no se puede posponer o encajar en un horario laboral. El mundo público se construye sobre el tiempo reloj, dejando oculto el mundo del tiempo corporal. La característica de inmediatez del altruismo de Gilman se conjuga con lo que Mellor denomina *altruismo impuesto*, cuyo elemento más importante es la

supresión de la capacidad de control de las mujeres sobre su tiempo, la posibilidad de conseguir *tiempo apropiado* (Nowotny, 1994 citado en Mellor, 2000). Por su parte, el tiempo doméstico puede considerarse como un don desde un punto de vista Mausiano en su doble faceta de objeto y de relación, “(...) *la importancia del momento vital (determina) en parte cuándo, cómo y con qué intensidad se ha de donar tiempo en el ámbito doméstico-familiar, pero no solo eso, sino que influye también en la propia autopercepción en tanto que donante o receptor*” (Legarreta, 2012: 238).

Lo mismo ocurre con el espacio doméstico, que devora el espacio de intimidad de las cuidadoras. Es más, la asociación del espacio doméstico con la mujer y del público con el varón persiste como referencia general. Esto no implica que cada uno se ciña exclusivamente a un espacio ya que se dan múltiples transvases. “*El varón está en lo público y de paso por la casa mientras que la mujer pertenece a la segunda y transita por lo público*” (Valle, 1997: 43). Sin embargo, en el caso de los cuidados a las personas en situación de dependencia lo doméstico cobra una gran importancia.

4. ¿SON LOS CUIDADOS INFORMALES UN TRABAJO?

¿Cómo podemos determinar si los cuidados informales son o no “trabajo”? Algunos autores consideran que reducir el cuidado informal a un trabajo puede producir un sesgo de género ya que oculta la complejidad y multidimensionalidad del cuidado como actividad, relación, proceso y ética (García y La Parra, 2007).

Los autores anglosajones cuentan con el término “*care*”, cuyo significado es más amplio que el del cuidado, porque implica también el concepto de la responsabilidad. La responsabilidad y, particularmente, la corresponsabilidad, se articulan en un sistema complejo de reciprocidad imprescindible para la supervivencia. Además, al plantear el cuidado como una ética y como una práctica social, trasciende el ámbito de lo privado y se adentra en lo público. Más allá del derecho o la obligación de cuidar aparece el nuevo enfoque ético de la responsabilización, que contempla las dos vertientes del concepto: la actividad (*care for*) y la implicación (*care about*). La ética en este campo tiene que ver con la solidaridad con los más vulnerables y a su vez con la universalización de un derecho social. Una vez normativizado este derecho, se convierte en un derecho tangible y reclamable en todos sus aspectos, incluyendo el económico.

A finales de los sesenta, la economía feminista trata de incorporar las tareas domésticas a la economía, analizándolas como una forma de trabajo asimilable al empleo remunerado. No asignar un valor de mercado a las actividades realizadas en los hogares, aumentaría el riesgo de que dichas actividades permanecieran invisibles y, junto con ellas, las personas que las realizan. La corriente de pensamiento contraria sostiene que al tomar como referente el trabajo de mercado se pierde la capacidad de reflejar

y representar la complejidad de los trabajos domésticos, particularmente los que dan respuesta a necesidades afectivas. Si estos se valoran monetariamente, sus características más propias diferenciadas del trabajo asalariado quedarían aún más ocultas. Necesitamos un tipo de análisis que no polarice. No es necesario concebirlo todo como trabajo o no-trabajo. La atención a la dependencia es una combinación de necesidad, don, solidaridad y mercancía en la que se ven implicados el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil.

4.1. LA FUERZA LABORAL DE LOS CUIDADOS INFORMALES. ¿QUIÉNES ERAN Y QUIÉNES SON LOS CUIDADORES INFORMALES O FAMILIARES?

En la sociedad industrial la familia se ocupaba de los cuidados y el Estado y la caridad cumplían una función residual. Al principio de los años sesenta del pasado siglo se producen cambios significativos en el entorno familiar occidental que constituyen importantes elementos de transformación social. El rol que ha experimentado los cambios más bruscos ha sido el de las mujeres, sin embargo, aún con el establecimiento de la nueva Ley de Dependencia, las estrategias familiares para abordar las situaciones de cuidado siguen en sus manos. Los prejuicios siguen etiquetándolas como “naturalmente”, las más indicadas para cuidar. A esto se le añade otra dificultad. En el ciclo vital de las mujeres hay una coincidencia temporal entre el periodo de maternidad y crianza de los hijos y el de integración y consolidación laboral. La falta de adecuación del trabajo a esta realidad origina por un lado, una generalización de las decisiones tendentes a retrasar los nacimientos, tener un solo hijo, e incluso no tenerlo, y por otro lado (aunque cada vez en menor medida), la interrupción o el abandono de la carrera laboral. Los textos que hablan de la crisis de los cuidados los vinculan a los cambios producidos en la familia y en particular al papel de las mujeres en estos cambios, pero ¿no es esta otra forma de señalar como “responsables de la crisis de los cuidados”, a las propias mujeres ocultando la inadaptación de los hombres (y de las instituciones) a la nueva situación?

El discurso sobre la conciliación de la vida laboral y familiar no presenta el cuidado como elección, plantea empleo remunerado y atención a la dependencia como actividades igualmente deseables que hay que procurar que no se obstaculicen mutuamente. En este sentido, propuestas de flexibilización de las fórmulas de empleo como el teletrabajo hay que tomarlas con cautela. Más que promover la idea de que es preciso aliviar a las mujeres de la carga que les infringe su “carrera doble”, lo que esto ha conseguido es perpetuar dicha carga puesto que el papel de los hombres en las situaciones domésticas apenas ha cambiado (Dominelli y McLeod, 1999; Pereda, 2013).

El propio concepto de “vida familiar”, es problemático. Bourdieu (1999) entiende el concepto de familia como clasificación, pero también como prescripción dándose así

una correspondencia entre la imagen de la familia nuclear tradicional, el Estado moderno, y las elites dominantes que este genera. Tal y como se entiende en nuestra sociedad, la vida familiar empieza, muchas veces sin opciones, donde termina la atención social de los problemas. Es un concepto ambiguo, pero también dinámico puesto que varía de acuerdo a transformaciones socio-culturales y decisiones político-legislativas, que se retroalimentan mutuamente.

4.2. LO QUE CUENTAN LOS DATOS SOBRE EL PERFIL DEL CUIDADOR

Pese a que el panorama sociológico español ha variado en los últimos años y que las mujeres han pasado a engrosar en gran medida la masa laboral del país, en los últimos 20 años ha habido pocos cambios en la responsabilidad de los cuidados dentro de la familia. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores de 2006 (IMSERSO) la hija es la cuidadora principal en el 39 % de las tareas de cuidado. Le sigue la pareja en un 22 %, a más distancia aparecen el hijo, la empleada de hogar y el resto de las categorías: amistades, vecindario o voluntariado, que apenas llegan al 10 %. Las cifras se matizan en función del sexo del mayor dependiente. Por ejemplo, si son mujeres las cuidadas, la importancia de las hijas aumenta hasta un 44,2 % y la de los maridos o parejas baja a un 15,3 %. En el caso de ser hombre el dependiente, las esposas o parejas ocupan el primer lugar (41,2 %) y después las hijas (22,7 %), los hijos (8,5 %) y las empleadas de hogar (7,5 %). El perfil de la persona que se responsabiliza de los cuidados en España es bastante homogéneo: mujer (83 %), con una media de edad de 55,3 años, casada, con estudios primarios y sin ocupación remunerada. Casi un tercio del total de los cuidadores ha cumplido los 60 años y la importancia de este grupo es creciente. Alrededor de los 70 años muchas de las personas que ya requieren cuidados propios aún se dedican a cuidar de sus familiares.

España siempre ha tenido una tasa de actividad baja, consecuencia directa de la baja tasa de actividad femenina, siempre inferior a la media comunitaria. La diferencia entre sexos disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Las mujeres que hoy se están ocupando de los cuidados de personas dependientes en el ámbito familiar pertenecen a la última generación en la que el saldo de titulados universitarios masculinos superaba el de universitarias femeninas, pero actualmente ese saldo se ha invertido. ¿Van a aceptar esas mujeres que han dedicado su tiempo, esfuerzo y dinero a un papel que las mantenga en el hogar y en situación de invisibilidad?

La solución aportada por la Ley, sobre el papel, no potencia los cuidados familiares sino la prestación de servicios que protejan la autonomía personal. Sin embargo, en la práctica, lo más demandado y concedido es la prestación económica por cuidado de familiar a cargo. Esto es profundamente negativo por varios factores:

- Perpetúa una situación desigualitaria, potenciando un rol eminentemente femenino que no reparte las obligaciones de cuidado entre los miembros de la familia.
- Evita el desarrollo de servicios profesionales.
- Cuando el servicio de cuidados en la familia se externaliza, se deja frecuentemente en manos de sectores marginales, como mujeres inmigrantes que además trasladan los cuidados de sus familiares en las denominadas “cadenas globales de cuidados”.

4.3. ¿QUIÉN CUIDARÁ EN EL FUTURO? LA LEY DE DEPENDENCIA, LOS CUIDADORES INFORMALES Y SUS CONDICIONES DE TRABAJO

La red de apoyo profesional dirigida a la atención de las personas en situación de dependencia se ha ampliado en cantidad y calidad. El Estado ha tomado parte en la atención social y ha propuesto diferentes alternativas que, en parte, han sacado del ámbito íntimo esta cuestión, siendo ahora la labor de cuidados un compromiso público. Pero ¿se ha logrado acabar con una realidad que cargaba el peso de los cuidados solo a un sector de la población, o seguimos manteniendo un sistema que perpetúa una situación desigualitaria?

El de los cuidadores no profesionales es un caso híbrido entre el cuidado profesional y familiar. ¿Qué diferencia a las cuidadoras de los considerados trabajadores de pleno derecho? La LAPAD da la posibilidad de remunerar y aportar protección social formalizada a quienes cuidan, pero crea un régimen extremadamente precario.

La ley propone un amplio arco en el grado de parentesco para ser cuidador familiar incluyendo parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado e incluso se da la posibilidad excepcional de que sea otra persona de su entorno. Esta gran amplitud facilita la derivación de los cuidados a las mujeres de la familia (Ochoa, 2010).

En cuanto a la recepción de la prestación económica, los cuidadores, aun siendo los que prestan activamente los cuidados no son los que la perciben directamente, sino que son las personas en situación de dependencia las beneficiarias de esta medida.

Por su parte, la cotización de la cuidadora a la Seguridad Social es quizá el punto más polémico. La Ley 39/06 establece que el cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente. En cumplimiento de este mandato se desarrolló en el RD 615/2007 que regulaba el Encuadre de las cuidadoras en la Seguridad Social, donde quedaban incluidas “en situación asimilada al alta mediante la suscripción de un convenio especial”, salvo que ya estuvieran de alta en la seguridad social por otra actividad profesional, o si estaba

en situación de desempleo percibiendo prestación o era pensionista o jubilado. Si la persona cuidadora había tenido que reducir su jornada de trabajo podía mantener su base previa de cotización, siendo el coste complementario a su cargo. Se creaban, pues, derechos laborales para la cuidadora, aunque muy disminuidos respecto de otros sectores laborales, con efectos para las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente, muerte o supervivencia, pero no computando para desempleo o baja por enfermedad. Las cotizaciones eran asumidas directamente por convenio con la Tesorería de la Seguridad Social por la Administración General del Estado.

Esta normativa acercaba muy tímidamente a las cuidadoras al mundo laboral, puesto que recurría a una ficción para considerar a la vez trabajadora (cotizante) y no trabajadora (no perceptora directa de un salario) a la persona encargada de los cuidados. Sin embargo el RD 20/2012 dio al traste con estos tímidos avances. Esta norma extingue la suscripción a los convenios especiales, convirtiéndose esta en una facultad voluntaria y a cargo del cuidador. La inmensa mayoría de cuidadoras que estaban dadas de alta no ha podido asumir el importe de la cotización y por tanto deja de generar los derechos laborales que esta implica.

El tratamiento de las labores de cuidado dentro de un régimen especial que ofrece a las trabajadoras unas condiciones y derechos distintos, y mucho más mermados, que las de otros trabajadores, hace que estas actividades no tengan la consideración y el prestigio de otras. Todo ello contribuye a su visualización como un trabajo de segunda clase no tan deseable como otros empleos y muy relacionado con la naturalización de determinados grupos sociales como destinados a servir, en tanto que otros se presentan como receptores de servicios. Son labores, como el empleo doméstico, que siempre han tenido un estigma de servilismo del que aún no se han desprendido. Pero también es un sector en torno al que se están definiendo nuevas profesiones como la de gerocultor, asistente personal o especialista en cuidados de enfermos de Alzheimer.

En definitiva, como advierte el informe del grupo de expertos del IMSERSO, el modelo de atención sigue siendo el tradicional: la combinación de residencia y cuidados familiares. Las prestaciones más innovadoras como son los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía o la figura del asistente personal tienen una presencia marginal en la estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). También el modelo comunitario de servicios que propugna la ley debería suponer una oferta amplia de los servicios menos desarrollados tales como los servicios domiciliarios o los centros de día/noche.

5. REPERCUSIÓN DE LA LAPAD Y SU NORMATIVA DE DESARROLLO EN LA PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES COMO TRABAJADORAS

A continuación se expondrán las diferentes percepciones sobre esta materia.

5.1. PERCEPCIÓN EN EL ÁMBITO POLÍTICO Y LEGISLATIVO

Todos los grupos políticos, así como amplios sectores de la sociedad han estado interesados en abordar la cuestión de la dependencia y las opciones que podían presentarse para solucionar un problema que iba a acrecentarse en el futuro.

En la legislatura de 2004, inmediatamente anterior a la puesta en marcha de la ley, todos los partidos políticos estaban interesados en dar respuesta a la situación de las personas dependientes y sus familias. Sin embargo, el planteamiento de la cuestión por parte de los dos partidos con mayor representación nacional era distinto. Por una parte, el Partido Popular, que hasta el momento había sido el partido en el gobierno, proponía una “Ley Integral de Apoyo a la Familia”. Por su parte, el Partido Socialista, en la oposición hasta el momento, y que llegó al gobierno en esas elecciones, proponía la elaboración de una “Ley Básica de Protección a las Personas Dependientes”.

La LAPAD entra en vigor el 1 de enero de 2007. Entre las enmiendas presentadas en las Cámaras, algunas hicieron especial hincapié en regular con más claridad los cuidados en el entorno familiar y la situación de las cuidadoras, aunque muchas de ellas no se incorporaron a la redacción final. El propio Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales (única vez que ambos departamentos ministeriales han compartido titularidad) manifestó el carácter de las cuidadoras como trabajadoras en el debate de totalidad de la Ley. Sin embargo, como ya hemos visto, las condiciones en que estas labores se reconocen distan mucho de hacerlo en igualdad con otros trabajos.

Actualmente, la implementación de la Ley, su desarrollo normativo y los cambios y medidas introducidas por el nuevo ejecutivo con el surgimiento de la llamada crisis han ido deshaciéndose de estas intenciones iniciales, llegando a argumentar algunos responsables políticos que

“el dinero de la cotización de la cuidadora iba en detrimento de lo que se le pagaba al dependiente” (César Antón Beltrán, Director General del IMSERSO) o que “Si en vez de destinar esos 1034 millones de euros en cuotas de afiliación a la Seguridad Social se hubieran destinado a atención a dependientes mediante profesionalidad seguro que se habría generado empleo (Francisco Vañó, diputado del PP en el Congreso, Programa La sexta columna “Del bienestar al binestuvo” 21/6/13)”.

Se pasa así en la labor de cuidados desarrollada por las cuidadoras informales, de una exigua consideración como trabajo con unos muy menguados derechos laborales, a una culpabilización a las cuidadoras, no sólo invisibilizándolas de nuevo como trabajadoras, sino además haciéndolas responsables de obstaculizar la creación de empleo profesional y el fracaso económico de la Ley debido al dispendio que suponía la recepción de una cotización que parecería no corresponderles.

5.2. PERCEPCIÓN EN LOS GESTORES DE DEPENDENCIA

En el caso de los gestores de los servicios sociales, su papel se ha complicado enormemente. Por una parte, la Ley ha tenido tal potencia que casi ha devorado el tiempo y los recursos de que disponen los servicios sociales y muchas veces se define al sistema de atención a la dependencia como “El cuarto pilar del Estado de Bienestar”, tomando la parte por el todo. Además, la disponibilidad de recursos es muy limitada y no siempre hay servicios disponibles o accesibles. La prestación económica hace que todos los recursos pasen a un segundo plano e impide su desarrollo. Los propios trabajadores sociales arrecian en sus críticas a la ley y la consideran reproductora ella misma del modelo convencional.

“En suma, lejos de promocionar realmente la autonomía personal, la ley fue concebida para atender a la dependencia. Y lo que es peor, parece más una ley pensada para las familias de los dependientes, que para los propios dependientes. Una apuesta, en definitiva, para aligerar la sobrecarga que las unidades familiares padecen, especialmente las mujeres. O lo que es lo mismo: un impulso más que nutre el modelo tradicional de los cuidados”. (Grupo de discusión de trabajadores sociales en Hidalgo, 2012:183).

Dominelli y MacLeod advierten sobre la función de control social del trabajo social institucional. Tal como lo ofrece la política y la práctica actuales, la asistencia perjudica ante todo los intereses de las mujeres al perpetuar el *status quo*. La figura del cuidador familiar puede abordarse de distintos modos y esto depende de su consideración como recurso, co-trabajador/a o usuario/a y en ocasiones las cuidadoras no reciben la atención que merecerían por sí mismas como usuarias de los servicios sociales por lo perentorio de la situación de las personas que dependen de ellas. Cuando las mujeres se desesperan ante las presiones, el impulso principal de la práctica consiste en ayudarles a superar lo que se pretende como su inadecuación individual para enfrentar problemas hasta el momento en que puedan recobrar el “control”, de sí mismas. En estas circunstancias adquiere importancia un fenómeno: el de los cursos y talleres ofrecidos por las instituciones públicas dirigidos a las cuidadoras para que “*se cuiden para cuidar*”. Por todo el país surgen iniciativas dirigidas a las cuidadoras para enseñar a cuidar y para que eviten las sobrecargas y el síndrome de *burn out*, para

que aprendan a liberar el estrés a través de la risoterapia¹, que reciban información e intercambien experiencias o para que se tomen respiros y vacaciones de convivencia. Muchos de los mensajes que reciben las cuidadoras son del tipo: “*delega tu carga*”, “*reclama tu tiempo propio*”, o “*ponte guapa*”². Estos talleres y seminarios son dirigidos por profesionales de la salud, educadores sociales o trabajadores sociales del ámbito de la dependencia. En general, estas iniciativas tienen poco público en relación al número de potenciales participantes (es un colectivo con muchas dificultades para “sacar tiempo”, para actividades) pero con muy buena acogida y buenas críticas tanto de docentes como de asistentes. Sin embargo, se encuentran muy pocas noticias de talleres para cuidadoras que lleven a cabo una reflexión crítica sobre su rol. Así, en lugar de mirar hacia la naturaleza sistémica de los problemas se corre el riesgo de poner el foco en los aspectos personales dentro de la ideología de la autoinculpación. Desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología se recomienda:

“apoyo al familiar al cuidador porque, desde el punto de vista económico, sería imposible que todo ese cuidado lo asumiera la Administración (...) cada diez años, hay unos 100 000 cuidadores familiares menos por la incorporación de las mujeres a la actividad laboral. Por eso es tan importante que el entorno familiar apoye al cuidador principal para que tenga momentos de descarga y descanso”. (Bohórquez en García Fajardo, 2012).

Todas estas iniciativas comparten la idea de reforzar positivamente el papel de la cuidadora y atender sus necesidades para evitar su claudicación. Se apela así a su “labor impagable” (tal vez por eso apenas se paga), y a su abnegación, aunque también se pretende que las cuidadoras no hagan, en palabras de una formadora de asistentes, “*un holocausto de su vida*”.

5.3. PERCEPCIÓN EN LAS FAMILIAS

A partir del momento en que la Ley se pone en marcha las expectativas que se crean en todos los sectores implicados, ya de por sí elevadas, crecen de modo exponencial. Los/as usuarios/as y las familias ven por primera vez reconocido como un derecho subjetivo lo que hasta ese momento era solo un problema con soluciones inciertas. Sin embargo, tras un inicio de la Ley parcial e insuficiente, pero esperanzador para muchas familias, en julio de 2012 se reforma el sistema y se recortan prestaciones a la vez que aumenta el copago. El informe de FUNCAS (2011) señala que la inclusión del copago ha dado lugar a un sistema de financiación benévolo con las rentas más altas y perjudi-

1 <http://www.elalmeria.es/article/provincia/1363801/risoterapia/y/talleres/las/jornadas/cuidadores.html>

2 <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/05/25/castellon/1337944021.html>

cial con las medias. Los/as usuarios/as del sistema (personas mayores en un 80 % de los casos) carecen del poder adquisitivo suficiente como para realizar las aportaciones dinerarias que se pretendían por la vía del copago.

En cuanto a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, esta puede dar lugar a una ruptura de las relaciones de apoyo que existían previamente a la valoración. La secuencia aproximada del deterioro de dichas relaciones es la siguiente (Núñez en Hidalgo, 2010: 92):

Muchas personas en situación de dependencia que recibían cuidados de diferentes familiares antes de la prestación económica, después de designarse a la persona cuidadora fueron dejando de recibir ayuda del resto de familiares.

Aquellos familiares exonerados de tales responsabilidades, además de no ayudar, ahora también controlan con exigencia y critican continuamente el modo de organizar los cuidados y atenciones de la persona cuidadora familiar *“que para eso cobra”*, provocándose desencuentros entre unos familiares y otros.

La propia persona en situación de dependencia empieza a ser más exigente reclamando a la cuidadora familiar atenciones que tampoco había realizado cuando prestaba su ayuda gratis.

La persona cuidadora familiar claudica y abandona el cuidado que, en ocasiones, otro familiar asume, rindiéndose a la postre.

Los vecinos y otras redes de apoyo que se desentendieron desde que se estableció la prestación económica para cuidados en el entorno familiar *“no quieren responsabilidades...”*.

Personas en situación de dependencia y familiares coinciden en que la mejor alternativa es el servicio de ayuda a domicilio y solicitan revisión del Programa Individualizado de Atención (PIA).

Vemos que la prestación económica, por irrisoria que sea, se convierte a veces en un elemento disyuntor en las redes de apoyo familiar o vecinal justificando la dejación de responsabilidad por parte del resto de familiares que no percibe prestación y justificando un grado de exigencia aún mayor para la cuidadora, lo que puede dar lugar a su claudicación. En otras ocasiones, sin embargo, la prestación se ve por parte de los familiares y las personas en situación de dependencia como una recompensa justa, aunque exigua, y un alivio por la carga que supone cuidar.

Con frecuencia la preferencia de la persona beneficiaria o de sus familiares difiere de la opinión técnica y se decanta por la prestación económica. Pero la propensión a la prestación económica no es patrimonio exclusivo de las familias en una situación adversa. También las administraciones, con recursos limitados, han preferido la distri-

bución de partidas económicas a la implementación de servicios. De este modo, los intereses de familias y administraciones están yendo, en ocasiones, en detrimento de los derechos de los verdaderos destinatarios de la Ley. Es labor de los propios servicios sociales desmontar las expectativas erróneas y construir los nuevos intereses de los/as usuarios/as, más acordes con el objetivo para el que se crea el servicio prestado. El problema es que en una coyuntura como la actual cualquier salida parece una solución, sin tener en cuenta las necesidades individuales de los verdaderos beneficiarios en aras a una mejoría general de la familia, con el consiguiente detrimento en la calidad de los cuidados.

5.4. AUTOPERCEPCIÓN DE LAS CUIDADORAS

La “*carrera de cuidador*” no es normalmente deseada, elegida ni prevista y el cuidador carece de los derechos y privilegios unidos a lo que llamamos *carrera profesional* (Úbeda, 2009: 209).

Como hemos visto, las justificaciones sobre los cuidados familiares se basan con mucha firmeza en el deber moral y en su predisposición “natural”. Por este motivo en muchas ocasiones las características propias de los empleos formales que se concedieron a las cuidadoras con la llegada de la LAPAD (retribución económica por el cuidado y cotización) son percibidas como un auténtico premio. En palabras de una cuidadora,

“De repente te toca la lotería, te están regalando algo; si te lo quitan tampoco es como si te quitaran un derecho”.

Para los hombres cuidadores la justificación de los cuidados también está conectada con el deber moral, pero la percepción de los cuidados como un trabajo se vincula más con la inversión de tiempo y esfuerzo y con el coste de oportunidades que con una identificación natural con el rol de cuidador. Generalmente los varones cuidadores tienen o han tenido un trabajo remunerado. En ninguno de los casos observados se encuentra en los hombres la justificación de la “predisposición natural”, a los cuidados; sin embargo este es un argumento recurrente, sobre todo en las mujeres más mayores, que lo verbalizan con expresiones como: “*yo estaba hecha así*”. Tanto en el caso de los varones de todas las edades como en el de las cuidadoras más jóvenes o las que han tenido que abandonar un trabajo remunerado aparece más visible el coste de oportunidad que supone hacerse cargo del cuidado.

En cuanto a los derechos de los trabajos formales relacionados con los tiempos de descanso que no aparecen en los cuidados informales: fines de semana, vacaciones y pausas, ni si quiera se contemplan. Muchas de las cuidadoras desconocen la posibilidad de tomar servicios de respiro. No existe solución de continuidad entre el trabajo y

el no-trabajo, todo pasa a formar parte de los tiempos y los espacios de la vida diaria, y absorbe el cuidado los tiempos y espacios individuales.

La obligación moral de cuidar, como hemos visto, opera con mucha más fuerza en el caso de las mujeres, hasta el punto de que muchas mujeres se ven obligadas a dejar de trabajar para cuidar. Para ello se infravalora el trabajo femenino respecto del masculino, considerando al primero como un capricho o algo prescindible. Ejemplo de esta afirmación es el relato de una entrevistada, que describe cómo cuando su madre, que convivía con un hijo soltero, necesitó de cuidados, solicitó que fuera ella, residente con su propia familia de procreación en otro municipio, la que se desplazase para procurárselos. Tanto el hijo como la hija tenían sus trabajos remunerados pero la obligación moral obligaba a la hija a dejar el suyo porque, en palabras de la madre, *“para estar ahí, dándole a la lengua...”*. Para lograr esta desigualdad en la apreciación de los trabajos según el género de quien los desarrolle era imprescindible infravalorar la labor profesional de la hija, que queda así supeditada a su deber natural de procuradora de cuidados.

Vemos cómo el trabajo remunerado opera como protector de la obligación familiar de cuidar, pero no lo hace de igual modo para mujeres que para hombres. En este sentido, muchas de las mujeres que cuidan tienen trabajos de jornada parcial o con horarios que han ido adaptando en los pocos huecos que logran sacar de las labores de cuidado, frecuentemente en la economía sumergida (habitualmente en trabajos de limpieza de hogares o de hostelería por horas o de fin de semana) en una situación que se retroalimenta. Al priorizar los cuidados familiares sobre la vida laboral, estos son los que marcan la agenda convirtiendo lo laboral en una fuente de ingresos frecuentemente muy necesaria, pero siempre supeditada a la labor de los cuidados.

Los cuidados se asignan en la familia y se asumen por las mujeres como un trabajo que les corresponde por género. Cuando se pregunta por qué motivo cuidan ellas y no los varones se alude a motivos de aprendizaje y naturalización y no a razones de privilegio. También se prevé un cambio en los roles y la corresponsabilidad dentro de la familia, pero se confía en la siguiente generación para que se opere el cambio. Lo mismo ocurre con las labores del hogar (Murillo, 2006). Así, se tolera más la ausencia de los hombres en las labores de cuidado y si la colaboración femenina no se produce es motivo de reproche por parte de mujeres que cuidan e incluso por varones que por grado de parentesco tendrían la misma obligación de procurar los cuidados pero no lo hacen.

En otras ocasiones los rasgos económicos propios del trabajo formal que han aparecido en las labores de cuidado familiar (es decir, la remuneración económica y la cotización a la Seguridad Social) habían actuado como un símbolo de cambio en la identidad de la cuidadora. La cuidadora, previamente a la recepción de la prestación y la cotiza-

ción realizaba las mismas funciones, pero ahora su papel se ha definido y ha adquirido una nueva dimensión que además le da un mayor valor: pasa a ser una trabajadora.

“Mi marido se acaba de jubilar y yo le digo: tú organízate el día que yo me voy a cuidar a mis padres porque ahora este es mi trabajo y yo lo asumo”.

Por tanto, la identificación de la persona que realiza labores de cuidado como trabajadora depende en gran medida de si su labor forma parte integrante de su identidad. Esto se articula con el vínculo relacional con la persona dependiente, la edad o la existencia de un trabajo remunerado previo. Así, cuanto más naturalizada está la identidad de la cuidadora, menos aparece la percepción de los cuidados con un trabajo.

6. PROPUESTAS TEÓRICAS PARA LAS POLÍTICAS Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL

El ser humano puede convertirse a sí mismo y a los otros en un objeto productivo. La instrumentalización reflexiva puede ser libre, pero con frecuencia es una consecuencia de la precariedad y de un marco público opresor (Béjar, 1988). Cuanto más vulnerable, más fácilmente precarizable es un sujeto. *“El trabajo instrumentalizado fue precisamente el trabajo alienado que criticó duramente Marx en la génesis de la Revolución Industrial. La instrumentalización del prójimo es, en el fondo, una praxis de poder que tiene su génesis en el desequilibrio o la asimetría que existe en el plano social, político y económico”* (Torralba, 2005:133).

La dignidad humana puede coartarse de dos modos: se puede impedir la realización de actividades para las que los individuos ya tienen desarrolladas sus capacidades a través de impedimentos sociales, políticos o económicos, pero por otra parte la dignidad se ve vulnerada aún en mayor medida cuando las condiciones negativas se encarnan en las personas, inscribiéndose en su propia identidad y atrofiando su capacidad de desarrollo. No debe perderse esta perspectiva en la orientación de las decisiones políticas y en la práctica profesional, sin embargo no pocos Estados han considerado necesario apoyar y fomentar las políticas familiares sin pararse a observar la distribución de los derechos y deberes de cada uno de sus miembros.

Cualquier desprotección de la dignidad humana es el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de la violencia. Biglia (2007: 32) propone *“disgregar el binomio entre violencia y utilización de fuerza física: las violencias silentes y las violencias por omisión están entre las más peligrosas y son, además, las que caracterizan la mayoría de las violencias de género en nuestra sociedad, especialmente las usadas para el mantenimiento del orden constituido”*. Asimismo el triángulo de la violencia (Galtung, 2012) muestra en su cúspide, que es a la vez su única parte visible, la violencia directa, pero esta se

apoya en otras dos clases de violencia no visibles: la violencia cultural y la violencia estructural. La primera se articula a través de actitudes y comportamientos; la segunda se construye mediante la negación de necesidades.

Las políticas y las prácticas públicas son el marco de realización de la libertad del individuo. Promueven y facilitan esta libertad o la coartan, y pueden también facilitar libertades para unos al tiempo que coartan las libertades de otros. Ciertos enfoques filosóficos pretenden servir de base para la teoría política normativa e influir en aquellos que proyectan las políticas. La propuesta de Martha Nussbaum y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo introduce la filosofía moral en la economía del desarrollo y, en su versión normativa, obliga a considerar qué es lo que hace que una sociedad sea mínimamente justa. Analicemos el enfoque de las capacidades de Nussbaum (2012:15):

“La perspectiva (del enfoque de las capacidades) cambia realmente la apreciación de los diseñadores de políticas para conformar intervenciones relevantes que muestren respeto por las personas reales y las empoderen, y que no se limiten a ser un simple reflejo del sesgo o la tendenciosidad de las élites intelectuales”.

Amartya Sen (2010) llama a las capacidades *“libertades sustanciales”*. No son simples habilidades residentes en el interior de una persona, sino que incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico. Wolf y De-Shalit (2007) añaden el concepto de *seguridad en la capacidad*, considerando insuficiente el establecimiento de un umbral. Advierten de la necesidad de que las políticas públicas no se limiten a proporcionar las capacidades sino que deben facilitarlas también para el futuro e incluyen el concepto de *desventaja corrosiva*, que define las privaciones que dan lugar a consecuencias especialmente perjudiciales en ámbitos amplios de la vida. El planteamiento de Nussbaum se dirige a la protección de las capacidades humanas a través de la positivación de derechos y presenta el enfoque de las capacidades como un *“contraenfoque a los enfoques del PIB, los enfoques utilitaristas de Jeremy Bentham y de Stuart Mill y los enfoques basados en los recursos”* (Nussbaum, 2004).

Por su parte, la teoría feminista señala que sin recapacitar acerca de la diversidad se omiten condicionantes críticos que determinan las oportunidades vitales de muchas personas y en particular de la gran mayoría de las mujeres. *“La crisis de los cuidados debería obligar a los estados a reformular las bases de las que se derivan los derechos y deberes de ciudadanía vigentes hasta la fecha en las sociedades de bienestar, que se construyeron sobre un pacto de género fundamentado en la división sexual del trabajo imperante en ese momento histórico”* (Carbonell et al., 2014: 30).

¿Se pueden diseñar las prestaciones y servicios para el cuidado de las personas en

situación de dependencia sin incurrir en inequidades sociales y/o de género? Las políticas de la economía neoliberal, encarnadas en el Banco Mundial, proponen *estrategias descentralizadas y focalizadas en intervención social*. Estas consisten en otorgar transferencias monetarias condicionadas (TMC) a las personas con menores ingresos a cambio de la ejecución de determinadas acciones. El objetivo es potenciar “comportamientos beneficiosos”. Sin embargo este enfoque tiene al menos tres problemas insalvables (Pazos, 2013):

Estas entregas monetarias no se dirigen a asegurar un estándar de vida digno sino a incentivar a los individuos para que realicen ciertas actividades y las necesidades esenciales quedan sin resolver al no abordarse desde otras políticas. “Una TMC no es una subvención monetaria automática, transparente e incondicional vista como derechos de un ciudadano (lo que es cercano al concepto clásico de una transferencia incondicionada)” (Banco Mundial, 2009: 11).

Las TMC impiden a sus perceptores la integración en la economía regular al exigir de su perceptor/a la realización de actividades que con gran frecuencia son incompatibles con las jornadas laborales.

Por el contrario, la perspectiva del *gender mainstreaming*, denuncia la no neutralidad de las políticas públicas, su capacidad para producir y reproducir desigualdades y la incapacidad de las actuales políticas de igualdad para llegar a compensar las desigualdades de la “corriente principal”, al actuar desde la marginalidad. De este modo, las soluciones propuestas han de establecerse en la corriente principal, donde se ha de propiciar el cambio ya que las políticas compensatorias no podrían nunca luchar con eficacia contra esta corriente.

Como vemos, la propuesta de las TMC es completamente opuesta al *mainstreaming* de género, puesto que su impacto social y de género es negativo. El caso de las TMC “es un claro ejemplo de la diferencia entre un simple análisis de incidencia y el estudio más profundo de los impactos reales (Pazos, 2013: 65). Además las transferencias por sí solas no empoderan (Jónasdóttir, 1993: 56) si no vienen acompañadas de los derechos que se generan con los empleos formales, como las cotizaciones para la futura jubilación, lo que deja a las personas cuidadoras sin protección en el futuro. Jónasdóttir trata de aclarar el grado de poder de las mujeres dividiendo el concepto de poder en “influencia” y “autoridad”. Las diferencias entre los dos términos consisten en que la autoridad significa el reconocimiento manifiesto, esto es, poder legítimo, mientras que influencia significa efecto, o poder que puede existir, pero que no siempre es manifiestamente reconocido como legítimo o “de derecho”.

En esta línea se manifiesta también Delicado (2011: 63), que coincide con Madeleine Arnot en la necesidad de plantear un nuevo concepto de ciudadanía “*neutral respecto al género, generalizable e inclusivo*”, y muestra las condiciones en que se realiza este

tipo de cuidados y cómo estas representan un nuevo factor de desigualdad. Asimismo, Bover y Gastaldo (2007: 55) advierten sobre la necesidad de implicación de los profesionales del ámbito sociosanitario en el fomento de la corresponsabilidad. *“Mantener una supuesta neutralidad en las decisiones de las familias respecto a la atención a sus allegados dependientes (...) reproduce el discurso dominante sobre la división sexual del trabajo doméstico, la gratuidad y naturalidad del trabajo femenino y la mayor idoneidad de la familia ante el cuidado de sus dependientes”*.

Una vez comprobado que los incentivos económicos no solucionan el problema a medio y largo plazo, es obvio que la solución está en el establecimiento de prestaciones y servicios universales y en el respeto a los derechos de todos los individuos que son parte del cuidado, tanto personas en situación de dependencia como sus cuidadores, sin olvidar un reparto equitativo de las cargas de cuidado dentro de la familia.

Las dificultades económicas que atraviesan los países no pueden servir de subterfugio para dejar de proteger los principios constitucionales, las obligaciones básicas mínimas y la no discriminación. El Estado debe buscar el modo de implementar servicios, incluso si su establecimiento resulta gravoso en el corto plazo. *“En tiempos de escasez de recursos, los gobiernos deben priorizar deliberadamente -en términos de cómo se plantean los ingresos y se asignan los recursos públicos- el logro del contenido mínimo esencial de los derechos necesarios para garantizar la dignidad humana”* (Lusiani y Saiz 2013: 28). Las diferentes administraciones, dentro de sus competencias, son las responsables de que la ejecución presupuestaria permita la cobertura de los derechos de la ciudadanía, sin embargo nuestro gasto social es aún muy inferior a la media europea. Si aspiramos a alcanzar la cobertura y protección de los países más avanzados de nuestro entorno, no podemos pretender que, viniendo de una situación deficiente, nuestra inversión no alcance ni tan siquiera la media de gasto europeo en relación a nuestro PIB.

7. CONCLUSIONES

En este artículo trato de esclarecer si los cuidados informales se perciben socialmente como un trabajo y cuáles son las características que hacen que sean las mujeres mayoritariamente las que asumen estas labores.

Hemos visto que las características de los cuidados dificultan enormemente su encaje en las conceptualizaciones que se vienen utilizando para su definición y que esto repercute en las decisiones políticas que los abordan. Lo mismo ocurre con la distinción operada entre trabajo y no-trabajo, que no permite captar la complejidad de los cuidados ni su encaje perfecto en estas categorías de análisis. Es necesario continuar

3 Traducción propia.

reflexionando en la sistematización de ambos conceptos y de los símbolos que los definen.

He analizado también la influencia que ha tenido la LAPAD en la percepción de las cuidadoras como trabajadoras ya que, de la carta de prestaciones y servicios que ofrece la Ley, prácticamente la mitad de las personas recibe la prestación para los cuidados familiares y estos los realizan en su mayoría las mujeres de la familia. Por este motivo es imprescindible realizar un análisis del impacto de género que tienen las decisiones políticas que se toman en relación a los cuidados.

En relación a su percepción social como trabajadoras, nos encontramos con que esta depende de la disponibilidad o no de recursos económicos destinados a la protección de los derechos laborales derivados de sus funciones. Así, cuando existe capacidad presupuestaria, las cuidadoras son visibilizadas y algunos de sus derechos laborales se reconocen. Sin embargo, cuando se detraen los recursos de los servicios sociales se vuelven a invisibilizar haciendo desaparecer los pocos derechos que las habían convertido en una fuerza laboral. Esto las convierte en algo así como una “*pseudo fuerza laboral de reserva*”, pero solo públicamente, puesto que en el ámbito íntimo sus funciones y responsabilidades no varían.

Igualmente, cuando los servicios sociales ven recortados su capacidad de acción para proteger a las personas en situación de dependencia, las cuidadoras corren el riesgo de pasar a ser un recurso más. Un recurso que hay que cuidar para que no claudique porque, por cierto, de él depende el sistema, en lugar de ser usuarias en pie de igualdad con los dependientes.

En el caso de las familias, si la cuidadora percibe una retribución, por pequeña que sea, la percepción de la cuidadora como trabajadora puede dar lugar a dos respuestas contrapuestas: por un lado la prestación puede convertirse en un símbolo de la total responsabilidad de los cuidados (y por tanto del abandono de la responsabilidad de los demás) o por el contrario puede verse como un símbolo de justicia al reconocer la función que esta desempeña.

Parece, finalmente, que cuanto más identitaria es la labor de cuidados para la cuidadora, menos intensa es la percepción de dicha labor como un trabajo. La percepción de los cuidados como una labor “de mujeres”, implica su desprestigio y su no consideración como un trabajo de pleno derecho. La LAPAD, su normativa de desarrollo y su aplicación, no han logrado que los cuidados tomen carta de naturaleza como trabajo. Por último la propuesta teórica para orientar la práctica de trabajo con personas en situación de dependencia debe ir orientada a la consideración de la persona cuidadora como una usuaria más en pie de igualdad con las personas en situación de dependencia, evitando su reificación o su consideración utilitaria.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. (2009). *Transferencias monetarias condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura*.
- Béjar, H. (1995). *El ámbito íntimo*. Madrid: Alianza editorial.
- Bourdieu, P. (1999). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bover, A., y Gastaldo, D. (2007). Valoración y expectativas de las personas cuidadoras sobre los profesionales sanitarios. *Metas de enfermería*, 10, (3), 51-55.
- Carbonell, M., Gálvez, L., y P. Rodríguez. (2014). Género y cuidados: respuestas sociales e institucionales al surgimiento de la sociedad de mercado en el contexto europeo. *Áreas. Revista internacional de Ciencias Sociales*, 33, 17-33.
- Comas d'Argemir, D. (2009). Trabajo, economía sumergida y género. La atención a la dependencia. En A. Téllez Infantes y J. E. Martínez Guirao (Eds.). *Economía informal y perspectiva de género en contextos de trabajo*. Madrid: Editorial ICARIA Economía.
- Daly, M., y J. Lewis. (2011). El concepto de "social care" y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (edit.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 225-251). Madrid: Catarata.
- Delicado M. V. (Coord.). (2011). *Sin respiro. Cuidadores familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Dominelli, L., y Macleod, E. (1999). *Trabajo social feminista*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Esteban, M. L. y Ochoa, I. (enero-marzo 2010). *Debate feminista en torno al concepto de cuidados*. CIP-Ecosocial-Boletín ECOS nº 10.
- Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Edicions Bellaterra.
- FUNCAS. (2011). *Informe n.º 129. Aspectos económicos y sociales de la dependencia*.
- García Calvente, M. M., y La Parra Casado, D. (2007). La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En C. Borrell y L. Artazcoz (Coord.), *Investigación en género y salud. 5ª monografía de la Sociedad Española de Epidemiología* Sociedad Española de Epidemiología. (2007).
- García Fajardo, J. C. (2012) *Cuidar a los cuidadores*. Centro de Colaboraciones Solidarias UCM.
- Hidalgo, A. (Coord.). (2010). *Trabajo Social en el ámbito de la Ley de Dependencia; reflexiones y sugerencias*. La Coruña: Editorial Netbiblo.
- Hidalgo, A. (Coord.) (2012). *Trabajo Social en defensa de la asistencia personal. Reflexiones y sugerencias*. La Coruña: Editorial Netbiblo.
- IMSERSO. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Jónasdóttir, A. (1993). *El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?* Madrid: Cátedra.
- Legarreta, M. (2012). *El tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar*. Tesis doctoral Universidad del País Vasco.

- Lusiani, N., y Sanz, I. (2013), Council of Europe Commissioner for Human Rights. 2013. Issue paper. "Safeguarding human rights in times of economic crisis".
- Mellor, M. (2000). Plantando cara al nuevo (des)orden mundial: socialismo verde feminista. (1992. Versión revisada de 2000). En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns. (Eds), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 252-277) Madrid: Ediciones Catarata.
- Muyor, J. (2012). La figura del asistente personal en Trabajo Social: ¿Es asunto nuestro? En A. Hidalgo (Coord.). *Trabajo social en defensa de la asistencia personal. Reflexiones y sugerencias* (pp.73-104) La Coruña: Netbiblo.
- Murillo, S. (2006). *El mito de la vida privada*. Madrid: Siglo XXI. (2ª Edición)
- Nussbaum, M. (2004) *Hiding from Humanity. Disgust, Shame and the Law*. Edit. Princeton University Press.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Madrid: Edit. Paidós.
- Pazos, M. (2013). *Desiguales por ley*. Madrid: Catarata.
- Pereda, C., y Colectivo loé. (2013) La externalización de los cuidados y las personas cuidadoras inmigrantes. Curso *Cuidados y sostenibilidad de la vida* UPV/EHU. Bilbao, 28 de junio de 2013.
- Programa La sexta columna "Del bienestar al binestuvo", 21 de junio de 2013.
- Rifkin J. (2010). *El fin del trabajo: nuevas tecnologías contra puestos de trabajo. El nacimiento de una nueva era*. Buenos Aires: Editorial Paidós ibérica.
- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus.
- Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? *Política y cultura*, 14.
- Torralba, F. (1998, segunda edición 2005). *Antropología del cuidar*. Edit. MAPFRE.
- Úbeda Bonet, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Facultad de Enfermería Universidad de Barcelona Tesis Doctoral.
- Valle del, T. (1997). *Andamios para una nueva ciudad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Wolf, J. y A. De-Shalit. 2007. *Disadvantage*. Edit: Oxford University Press.

LEGISLACIÓN

- Jefatura del Estado. 2006. "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia". Boletín Oficial del Estado n.º 229:44142-44156.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007. "Real Decreto 615/2007 de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia". Boletín Oficial del Estado n.º 114: 20602-20605.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. "Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la

cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia”. Boletín Oficial del Estado n.º 42 18692-18699.

Jefatura del Estado. 2012. “Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”. Boletín Oficial del Estado n.º 168:9364.

LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN DROGODEPENDENCIAS DESDE EL MODELO DE MARLATT. APORTACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

THE PREVENTION OF RELAPSES IN THE MARLATT MODEL. CONTRIBUTIONS FROM THE FIELD OF SOCIAL WORK

Paula Castilla Carramiñana
Fundación Tomillo

Resumen: El enfoque de prevención de recaídas de Marlatt se articula como una opción eficaz de intervención en la fase de mantenimiento de una persona que ha experimentado una adicción. Propone como estrategias a trabajar el entrenamiento en habilidades, la reestructuración cognitiva y el restablecimiento de un estilo de vida saludable. En este trabajo se exponen y analizan dichas estrategias, se proporcionan diversas técnicas para utilizar en la intervención y se propone el trabajo social como disciplina útil desde la que promover la reinserción social atendiendo a diversos ámbitos como sanitario, formativo, laboral, económico, ocio, familiar y grupal, entre otros.

Palabras claves: Prevención de recaídas, Habilidades, Cognitivo-conductual, Técnicas, Trabajo Social.

Abstract: The relapse prevention approach developed by Marlatt is an effective intervention option in the maintenance stage of a person who has gone through an addiction. It proposes the strategies of skills training, cognitive restructuring and returning to a healthy lifestyle. This paper describes and analyses these strategies and suggests different techniques that can be used in the intervention. Social work is viewed as a useful discipline for promoting social reinsertion, inasmuch as it deals with various spheres, such as health, education, work, economics, leisure, family and group dynamics, among others.

Key Words: Prevention of relapses, Skills, Cognitive-behavioural approach, Techniques, Social Work.

| Recibido 05/09/2015 | Revisado 07/10/2015 | Aceptado 15/11/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Paula Castilla Carramiñana. Fundación Tomillo. Email: paula.castilla@tomillo.org.

Referencia normalizada: Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances que han ido sucediendo en el ámbito de la prevención e intervención de las drogodependencias y las conductas adictivas, siguen destacando las altas tasas de recaída que experimentan las personas con problemas de adicciones. Esto es así porque la propia naturaleza crónica de una adicción significa que recaer en el abuso de las drogas en algún momento no solo es posible, sino probable. En cuanto a la proporción de recaídas que se da durante los procesos de deshabituación y reinsertación social, es sabido que las tasas de recaída para las personas con adicciones son similares a la tasa de recaídas de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma, que también tienen componentes fisiológicos y de comportamiento (NIDA, 2014). Es por esto por lo que se hace necesario continuar investigando y revisando las aportaciones científicas realizadas hasta el momento en este ámbito.

Pero, ¿qué se entiende por recaída? Según Marlatt (1993) la recaída “es un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a los niveles de línea de base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento” (p.140). Es decir, Marlatt plantea que la recaída puede entenderse como un fallo, un error, un lapso; y no siempre como un retorno al punto inicial del tratamiento desde el que volver a empezar.

Y es precisamente esta idea la que también plantea el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1982) que aborda el proceso de las conductas adictivas y su tratamiento desde un punto de vista complejo, dinámico y abierto.

Dicho enfoque se ha tomado como modelo de referencia en la intervención de drogodependencias al integrar diferentes estadios, procesos y niveles de cambio en el proceso de adicción que vendrán determinados por la motivación del paciente, su cognición respecto a las sustancias que consume, o conducta adictiva, y el medio en el que interacciona.

En este modelo, entre los estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento) también se encuentra el de recaída. Este enfoque defiende, refiriéndose a las recaídas, que no siempre tras un consumo puntual el paciente entrará en un proceso de recaída de naturaleza irreversible (Tejero et al., 1993). Esto se debe al modelo que plantearon los autores en forma de espiral (véase figura 1), el cual indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída, siendo así la recaída más que una excepción, una norma del proceso (Prochaska y Prochaska, 1993).



Figura 1. Modelo transteórico de cambio en espiral.

Fuente: Prochaska, J. O., y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Basándonos en este modelo transteórico del cambio y de la acusada presencia de lapsos o consumos puntuales durante el proceso de deshabituación y reinserción social, que pueden acabar derivando en recaídas, Marlatt y colaboradores desarrollaron el enfoque de Prevención de Recaídas con el objetivo de enseñar, empoderar y capacitar a cada persona a vivir una recaída como parte de su proceso de aprendizaje y de adquisición de nuevos hábitos saludables, así como para prevenir su aparición. Este enfoque fue diseñado de tal manera que, con independencia de la orientación teórica o el método de intervención utilizado durante fases más iniciales con los pacientes, fuese útil para favorecer el mantenimiento del cambio conductual del paciente con respecto a la adicción (Marlatt, 1993).

En el presente trabajo se ha tomado como referencia este modelo al estar catalogado con un nivel 1 de evidencia de éxito, enmarcado dentro de la categoría de “ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis” (Becoña et al., 2008: 12), lo cual avala su validez e importancia como objeto de estudio.

Por ello, a continuación se presenta el enfoque de Prevención de Recaídas y sus últimas actualizaciones como un esbozo general del modelo, así como técnicas concretas para llevarlo a cabo que facilitan el proceso de aprendizaje del individuo junto con su profesional de referencia. Por último, todo ello se relaciona con la intervención directa desde la disciplina del Trabajo Social y con la labor profesional que desempeñan los y las trabajadores/as sociales en este campo para facilitar la reinserción social del individuo.

2. APROXIMACIÓN AL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATT

La Prevención de Recaídas (en adelante PR) es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas (Marlatt, 1993). Fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971), la PR se presenta como un enfoque cognitivo-conductual al combinar el entrenamiento en habilidades para modificar conductas, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

Tal y como lo plantea Marlatt (1993), este programa parte de la idea de que el individuo experimenta una sensación de control durante el tiempo que mantiene la abstinencia. A medida que el tiempo de abstinencia sea mayor, esta sensación de control también aumentará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura (1993), entendido como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. No obstante, este control percibido puede tambalearse en el momento en que una persona se enfrente a una situación de alto riesgo, es decir, a cualquier circunstancia (externa o interna) que suponga una amenaza para la sensación de control del individuo.

Marlatt (1993), junto con colaboradores de anteriores estudios, identificaron tres categorías de alto riesgo asociadas con las tasas de recaídas, con independencia de la drogadicción particular de cada persona:

1. Estados emocionales negativos: como por ejemplo ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, entre otras.
2. Conflictos interpersonales: como por ejemplo problemas matrimoniales, en el grupo de pares, en el ámbito laboral, etc.
3. Presión social: directa o indirecta, relacionada con la conducta indeseada, es decir, el consumo de sustancias o la repetición de la conducta adictiva.

Si se produce la situación en la que el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará debido a la disminución de su percepción de autoeficacia y, por su patrón de conducta habitual, es decir, por la anticipación de expectativas positivas en referencia al consumo de la sustancia más que la previsión de consecuencias negativas derivadas de dicha acción (Becoña et al., 2008). Es por esto que las expectativas desempeñan un papel determinante en la recaída en el modelo de PR. Después de una experiencia de fallo las personas experimentan, en la mayoría de los casos, emociones como desamparo, tristeza, decepción, fracaso..., que ayudan a disminuir su percepción de autoeficacia. Este proceso se denominó “efecto de la violación de la abstinencia”, o EVA (Marlatt, 1993), planteando que se caracterizaba por dos elementos cognitivo-afectivos: una

disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).

Gráficamente, la secuencia de hechos que proponían los autores fue la siguiente:

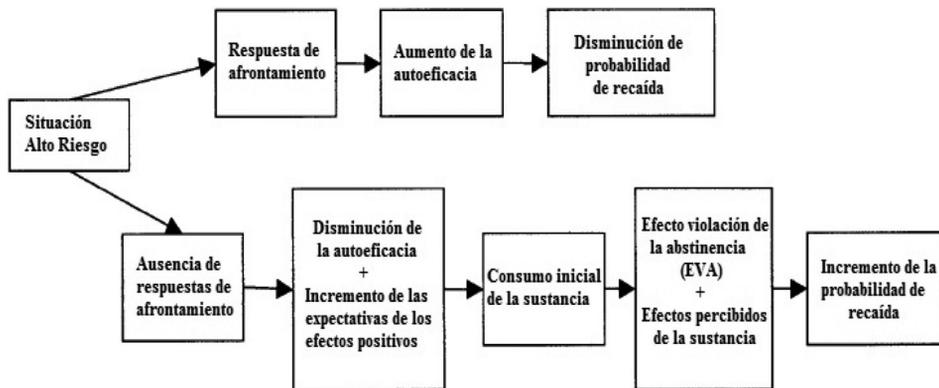


Figura 2. Modelo cognitivo conductual de recaída.

Fuente: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224.

Traducción: Elaboración propia.

Por tanto, el programa de PR que Marlatt y colaboradores plantearon tenía como objetivos generales enseñar a los pacientes:

- Cómo anticipar y afrontar la posibilidad de una recaída.
- Cómo reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo.
- Cómo modificar sus cogniciones y otras reacciones.
- Cómo prevenir que un lapsus único no se convierta en una recaída absoluta.

Para ello, se identificaron tres estrategias específicas, citadas anteriormente:

1. Entrenamiento en habilidades.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Reequilibrio del estilo de vida.

En cuanto al entrenamiento en habilidades, se vuelve fundamental el hecho de aprender otras técnicas o competencias personales diferentes a la de evitación, muy útil en numerosas ocasiones pero imposible de llevar a cabo en toda una vida. Los autores planteaban como habilidades pertinentes para trabajar: la asertividad, el control del estrés, relajación, control de la ira, comunicación, habilidades para la resolución de con-

Paula Castilla

flictos y habilidades sociales en general. Para ello, se propone como métodos eficaces la técnica de *role-playing*, *feedback* evaluativo o modelamiento, entre otros.

En referencia a la reestructuración cognitiva, se proponía como recurso de empoderamiento para los individuos con el fin de que les permitiera identificar y anticipar situaciones de alto riesgo. Como herramienta práctica se planteaba un autorregistro de su conducta que sirva de ayuda al profesional para identificar y reconocer, junto con el paciente, las situaciones que vivencia la persona cada día, durante períodos cortos acordados previamente de una o dos semanas, susceptibles de propiciar un posible lapso o recaída.

Por último, los autores plantean el reequilibrio del estilo de vida, entendido como la promoción del bienestar físico y mental. Aquí cobran especial relevancia las técnicas de relajación, como la meditación, así como los ejercicios aeróbicos.

A todas estas propuestas no hay que obviar la posibilidad de que el individuo, aun realizándolas, siga experimentando deseos irresistibles de consumo o *craving*. Será fundamental enseñar a los individuos que dichos deseos son naturales, ocurren en respuesta a estímulos ambientales y del estilo de vida, pero que no tienen por qué ser señales de un futuro fracaso. Para trabajarlos, se pondrán en marcha técnicas de control de estímulos y de evitación.

En 2004, Witkiewitz y Marlatt actualizaron las líneas básicas de este modelo introduciendo la perspectiva de un modelo dinámico y más complejo que el, hasta ese momento, planteado. En esta nueva perspectiva, incluyeron una mayor distinción entre los factores interpersonales e intrapersonales, pusieron más énfasis en el *craving* y menos el foco en códigos de recaída jerárquicamente definidos.

De esta manera, identificaron los siguientes determinantes o factores relevantes en una recaída (véase Tabla 1).

Tabla 1. Determinantes intrapersonales e interpersonales

Determinantes Intrapersonales
1. <i>Autoeficacia</i> : según Bandura (1993), definida como el grado en que un individuo siente la confianza y la capacidad de llevar a cabo cierta conducta en un contexto situacional específico.
2. <i>Expectativas de resultado</i> : hace referencia a las anticipaciones de los efectos que tendrá una experiencia de futuro por un individuo. Este determinante cobra especial importancia en la PR al ser fundamental cómo la persona estima como positivo o negativo consumir de nuevo.
3. <i>Craving</i> o deseo irrefrenable: según los autores, en la fase que nos ocupa de PR se presenta como un predictor débil de la recaída. No obstante, Beck, Wright, Newman y Liese (1999), identificaron cuatro tipos diferentes de <i>craving</i> que se analizarán más adelante para tener en cuenta en la intervención.
4. <i>Motivación</i> : identificada de dos maneras, para lograr cambios positivos y para continuar en la conducta problemática. La motivación estará relacionada con lo positivas o no que sean las consecuencias esperadas de una conducta (Bolles, 1972). Prochaska y DiClemente (1982) también analizaron distintas perspectivas y grados de motivación en su modelo transteórico citado anteriormente.
5. <i>Afrontamiento</i> : las habilidades de afrontamiento favorecen la deshabituación y el mantenimiento de la abstinencia (Litt et al., 2003).
6. <i>Estados emocionales</i> : los autores exponen que un estado emocional negativo puede ser predisponente a una recaída aunque aún no ha podido demostrarse de una manera consistente.
Determinantes Interpersonales
<i>Apoyo social</i> : se ha demostrado la relación positiva entre el apoyo social y emocional y la probabilidad de recaída (Dobkin et al., 2002).

Fuente: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224.

Traducción: Elaboración propia.

Partiendo de esta nueva idea menos lineal, Witkiewitz y Marlatt (2004) presentaron la revisión del modelo como un sistema dinámico en el que se producen influencias recíprocas entre variables disposicionales, contextuales y experiencias pasadas y actuales de cada paciente.

Representado a continuación en la Figura 3, se puede observar gráficamente el planteamiento del actualizado modelo en el que las situaciones de alto riesgo están determinadas por dos tipos de factores:

1. *Distales*: entendidos como variables estables predisponentes a la vulnerabilidad como la historia familiar, la personalidad, el apoyo social y la historia de consumo, entre otras.
2. *Proximales*: se identifican como desencadenantes inmediatos de la probabilidad o no de fallo o recaída. Algunos ejemplos son: estrategias de afrontamiento, estados emocionales, frecuencia y/o cantidad de consumo, entre otros.

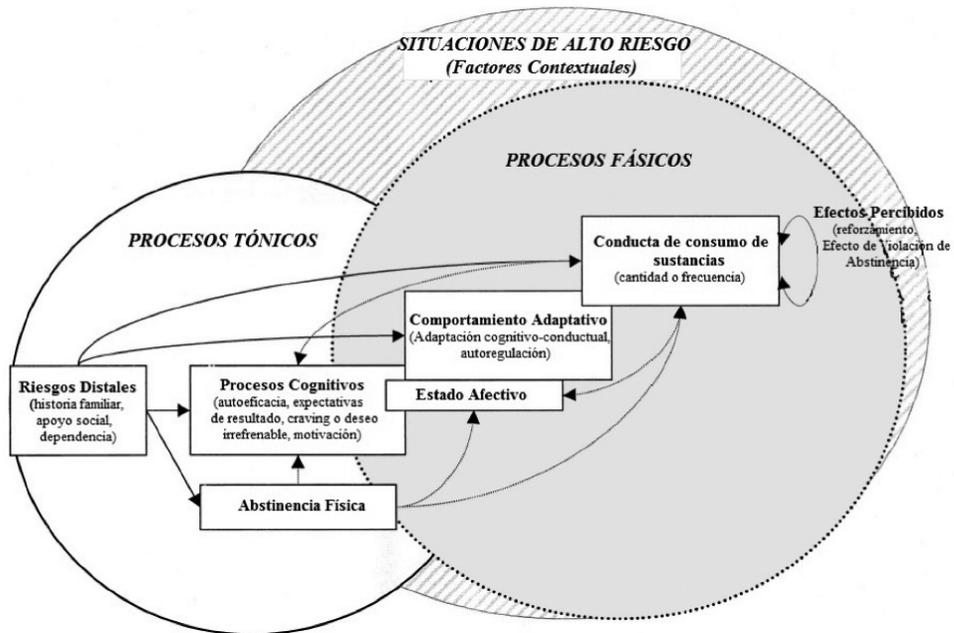


Figura 3. Modelo dinámico de recaída.

Fuente: Witkiewitz, K, y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224. Traducción: Elaboración propia.

Ha de señalarse que su efectividad clínica dependerá de la capacidad de los y las profesionales para obtener información concreta sobre los antecedentes de una persona, sobre la historia de su consumo, su personalidad, habilidades de afrontamiento, autoeficacia y estado afectivo (Witkiewitz y Marlatt, 2004) y de cómo conjugar, potenciar o prevenir todos esos determinantes con el objetivo del mantenimiento de la abstinencia en el individuo.

Por ello, este modelo resulta muy interesante si se parte de un punto de vista personal e individual para cada usuario y usuaria. Así, por ejemplo, uno de los problemas principales de un individuo puede ser su incapacidad para resistir la presión social, mientras que el problema fundamental de otro paciente puede ser su dificultad para afrontar las situaciones y sensaciones que le generan malestar como la soledad (Secades, 1997).

3. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS EN EL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Tras una revisión sobre el modelo tradicional de PR de Marlatt y su posterior actualización hacia un modelo más complejo y dinámico, se presentan a continuación las diferentes estrategias de corte cognitivo-conductual que el modelo propone y cómo se pueden potenciar para lograr el objetivo que nos ocupa: el mantenimiento de la abstinencia o la prevención de recaídas. Será fundamental que la persona con la que trabajemos participe activamente en la ejecución de estas técnicas, facilitada por la orientación del profesional de referencia.

3.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

El entrenamiento en habilidades hace referencia al proceso por el cual los individuos adquieren o aprenden a través de la comprensión de los conceptos y de su puesta en práctica, conductas o capacidades que les permiten afrontar de una manera adaptativa situaciones conflictivas para ellos como puede ser, por ejemplo, situaciones de alto riesgo.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento parten generalmente del análisis funcional de la conducta y, más concretamente, de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida y, en este caso, con el fin de alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas (Becoña, et al., 2008). Es por esto que será imprescindible realizar un diagnóstico o detección de habilidades carentes junto con el individuo para ejecutar un entrenamiento realmente útil y eficaz. Para ello, el o la profesional puede valerse de instrumentos como la entrevista, el autorregistro de acciones y emociones del paciente, observación real del paciente o autoobservación, así como de cuestionarios pertinentes de evaluación como por ejemplo, la Escala de Asertividad de Rathus (1973).

Según Caballo e Iruña (2008), el entrenamiento en habilidades sociales se emplea con individuos que tienen dificultades sociales o que se manejan de forma socialmente inadaptada. En el caso que nos compete, el consumo de sustancias es la conducta socialmente inadecuada. Pero, ¿por qué ocurre esto?, ¿cuáles son las razones de que algunas personas no logren resolver situaciones de una forma socialmente aceptada? Estos dos autores proponían, entre otras razones, que la persona no dispone de dichas habilidades debido a que jamás las ha aprendido o a que las aprendió de forma inadecuada, a autoevaluaciones negativas, por el miedo a las consecuencias de su conducta o por la falta de motivación aunque disponga de las capacidades adecuadas.

Marlatt (1993) propuso como áreas de contenido pertinente: la asertividad, control del estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, comunicación, resolución de conflictos y resto de habilidades sociales en general. A continuación se analizan cada una de estas habilidades proponiendo a su vez diferentes técnicas a utilizar para cada una de ellas, con el objetivo de facilitar el trabajo con cada paciente, siempre atendiendo a las características personales de cada individuo:

- *Asertividad o conductas asertivas*: este término fue planteado por primera vez por Wolpe en 1958. Caballo (1983: 55) la describe como “aquella conducta que expresa los pensamientos y sentimientos de un individuo de una manera honesta sin herir los de los demás, y que normalmente alcanza su objetivo”. Este autor también se refiere a la asertividad como una habilidad que a veces se manifiesta correctamente y otras veces no, es decir, una persona puede comportarse asertivamente en una determinada situación y comportarse de una manera no asertiva en otra; y no como un rasgo estable de la personalidad de un individuo. Cuando un individuo es capaz de hacer o recibir cumplidos, aceptar o rechazar ofertas o peticiones, expresar molestia o desacuerdo, así como hacer y afrontar las críticas, se comporta de forma asertiva.

Para trabajar esta habilidad con nuestro paciente podremos enseñarle distintas técnicas asertivas. A continuación se proponen algunas que pueden resultar útiles (Vallés, 2015):

- *Disco rallado*. Es un procedimiento que puede utilizarse al hacer peticiones y también para decir “no”. Consiste en persistir en nuestro objetivo, evitando responder a lo que no tenga que ver con el mismo. Se repetirá la misma frase independientemente de lo que nos diga la otra persona. Por ejemplo:
 - He decidido que no voy a volver a consumir.
 - Venga anda, si no va a pasar nada.
 - No gracias, de verdad, he decidido que no voy a volver a consumir.
 - Pero si por una copa no te pasa nada.
 - Gracias, pero como te digo, he decidido que no voy a volver a consumir.

Utilizando esta técnica es realmente probable que la otra persona desista en su petición o insistencia si en tres o más veces recibe la misma respuesta.

- *Banco de niebla*. Esta técnica consiste, al igual que la anterior, en mantener nuestro punto de vista, pero con la diferencia de que se concede la posibilidad de darle la razón a la otra persona. Al otorgarle el beneficio de la duda, la otra persona no siente que estemos atacando su criterio de la misma manera que podría suceder si comenzamos a argumentar nuestro punto de vista. Un ejemplo de esta técnica podría ser:

- He decidido que no voy a volver a consumir.
 - Venga anda, pero con lo bien que lo pasábamos.
 - Puede que antes me pareciera que era una buena forma de pasarlo bien pero he tomado una decisión con respecto al consumo.
- *Acuerdo asertivo*: con esta técnica la persona admite un error o fallo, pero sin entrar en un juicio personal. Por ejemplo: “Tienes razón, ayer y hoy he llegado tarde”.
 - *Pregunta asertiva*: el procedimiento consiste en solicitar más información sobre la conducta que hemos realizado para obtener información concreta. Por ejemplo: “Lamento mucho que te sintieras incómodo con lo que dije ayer, pero ¿qué es exactamente lo que te molestó?”
 - *Ironía asertiva*: consiste en responder de forma positiva a una crítica hostil. Por ejemplo: “Gracias”.
 - *Aplazamiento asertivo*: se trata de posponer la discusión o la respuesta a otro momento en el que ambas personas se encuentren más tranquilas. Por ejemplo: “Estoy un poco nerviosa, es preferible que hablemos este tema en otro momento”.
- *Control del estrés*: según Lazarus y Folkman (1986), el estrés es una relación entre la persona y su entorno, y se produce cuando se valora como desbordante o cuando se cree que supera los recursos con los que la propia persona cuenta, poniendo en peligro su bienestar. De esta definición se desprende la idea de que el estrés se activa por la interacción entre el individuo y el medio y, según los autores, distintos factores variarán la intensidad de este: desde los compromisos y creencias del propio individuo, hasta la ambigüedad y la incertidumbre que suponga una determinada situación.

Algunas técnicas útiles para el control del estrés fueron planteadas por Meichenbaum (1987) haciendo distinción según si el cambio conductual empezaba por el cambio de uno mismo, como la relajación, el control cognitivo y el control emocional; o por el cambio del entorno, con técnicas como la solución de problemas o conductas asertivas.

- *Relajación*: cuando la persona aprende a relajarse de una forma sana y segura es capaz de controlar mejor el *craving* o situaciones de estrés que podrían terminar propiciando un lapso o recaída (Beck et al., 1999). Algunas técnicas de relajación útiles que proponen Beck y colaboradores, (1999) pueden ser: la relajación sistemática y progresiva de varios grupos musculares y la respiración controlada.

La relajación progresiva fue planteada por Jacobson en 1938 como un tratamiento de control de la ansiedad cuya finalidad era disminuir ese malestar y provocar un estado de tranquilidad mental a la vez que se suprimen todas las tensiones musculares asociadas a dicha ansiedad. Este tipo de relajación fue planteada también por Bernstein y Brokovec (1973) y consiste en tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir una relajación profunda. En una primera fase el paciente tensa y relaja 16 grupos de músculos, en una fase intermedia 7 grupos de músculos y finalmente, en una fase final, la práctica se reduce a 4 grupos musculares (mano y brazos; cara y cuello; tórax, hombros, espalda y abdomen; pies y piernas).

En cuanto a la respiración controlada, es una técnica sencilla de aprender y de poner en práctica. Habitualmente, la respiración es una respuesta automática a pesar de que pueda controlarse voluntariamente. En situaciones complicadas o de estrés se tiende a no prestar atención y a respirar de forma rápida y superficial. Las técnicas de respiración controlada ayudan a tomar el control sobre este proceso con el objetivo de reducir la sensación de estrés (Labrador, 2008). Algunas formas de llevar a cabo esta estrategia son:

- Respiración contando: consiste en inspirar mientras se cuenta hasta 3, después contener el aire contando hasta 2 y finalmente espirar mientras se cuenta hasta 3, repitiendo este ciclo varias veces durante dos o tres minutos.
 - Atención focalizada en la respiración: consiste en centrar la atención en la propia respiración, permitiendo que nazca de forma natural, lo que suele inducir a una respiración más lenta y profunda.
 - Respiración profunda: consiste en inspirar profundamente y, a continuación, retener el aire durante cinco o diez segundos, seguida de una lenta exhalación.
- *Control de la ira:* frecuentemente, la ira o la hostilidad se convierten en la forma de respuesta que se adopta cuando se malinterpretan situaciones sociales o se perciben actos o circunstancias como amenazas. Es por esto que las intervenciones para controlar la ira se dirigen, en muchas ocasiones, a la reestructuración de las percepciones y expectativas así como de las auto-afirmaciones y creencias. Se utilizan procedimientos cognitivo-conductuales para modificar los mediadores cognitivos que se cree que están relacionados con la experiencia de la ira: procesos atribucionales, percepción sesgada de las claves sociales y deficientes habilidades de solución de problemas sociales. Esto se combina con técnicas de relajación que ayuden a combatir la situación de ira y técnicas de ensayo como el *role-playing*, a través de la cual el profesional expone al individuo a determinadas situaciones que en un primer momento le provocaban o enfadaban (González-Brignardello y Carrasco, 2006).

- **Comunicación:** el entrenamiento en habilidades de comunicación facilita el empoderamiento de cualquier persona a la hora de relacionarse con los demás y con el medio. La comunicación es una competencia básica que servirá también a las personas en mantenimiento de la deshabituación de drogodependencias como una herramienta clave en su inserción social y laboral posterior, como por ejemplo, a la hora de enfrentarse a una entrevista de trabajo.

En el plano de la comunicación verbal se trabajarán aspectos como: hacer peticiones, recibir o hacer elogios, facilitar las conductas asertivas planteadas anteriormente, aprender a expresar sentimientos o emociones personales y el papel de la escucha activa en una conversación, entre otros (Martínez et al., 2004). En el plano de la comunicación no verbal, será necesario enseñar al paciente la importancia que tiene, por ejemplo: la mirada, el tono de voz, el ritmo del diálogo o la postura corporal a la hora de intercambiar información y de relacionarse con los demás.

Podrán utilizarse técnicas de ensayo conductual como el *role-playing* además de técnicas de modelado como el visionado de películas o extractos de ellas o la propia representación del profesional (Cruzado, 2008).

- **Habilidades para la resolución de conflictos:** para una persona, los problemas o situaciones conflictivas pueden entenderse como “cualquier situación de la vida, actividad o tarea, presente o anticipada por el individuo, que demanda una respuesta para su funcionamiento adaptativo, pero que no se dispone en ese momento de ninguna respuesta efectiva” (Becoña, 2008: 462). Es por ello que el profesional puede ayudar a la persona en fase de mantenimiento de deshabituación a empoderarle en estrategias o técnicas que le permitan reaccionar o responder de una forma adaptativa a cualquier conflicto.

Un ejemplo de estrategia de solución de problemas podría ser el propuesto por Becoña (2008). que consta de cinco fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.

Por otro lado, Valero y Solbes (2012) plantean como estrategias y habilidades necesarias para una adecuada resolución de conflictos la inteligencia emocional, la empatía, la escucha activa y la asertividad, así como desde el punto de vista comunicativo, el parafraseo y la reformulación.

- **Habilidades sociales:** o competencias sociales, son aquellas que permiten aumentar la conducta adaptativa y prosocial con el fin de lograr una interacción social e interpersonal satisfactoria (Caballo e Iurtia, 2008). El entrenamiento en habilidades sociales es recomendado para hacer frente a problemas o situaciones como por ejemplo: excesiva timidez, incapacidad de mostrar ira o expresar quejas, para hablar en público, para trabajar en equipo eficazmente, ante la falta de empatía hacia los demás o en

situaciones de conflicto. En este caso, se cuentan con diversas técnicas como: ensayo de conducta, *role-playing*, dinámicas grupales, visionado de películas o series, discusión en pequeños grupos y retroalimentación o *feedback*.

Una vez que se han analizado una por una las habilidades que proponía Marlatt (1993) se hace necesario comentar que el entrenamiento en habilidades puede realizarse en formato individual o en formato grupal, dependiendo de las competencias o habilidades a trabajar, así como de la evolución del paciente.

El formato individual permite al profesional trabajar de forma más concreta y personalizada los problemas o carencias del individuo, modificando progresivamente el contenido u objetivos del programa en función de los avances de la persona. Sin embargo, el formato grupal resulta muy positivo en cuanto a que ofrece una situación social a través de los diferentes miembros que forman el grupo, permite tanto simular o entrenar determinadas conductas como practicarlas de forma natural por la propia interacción grupal y ofrece un contexto de apoyo a los individuos al compartir aprendizajes con personas que se encuentran o se han encontrado en situaciones similares (Caballo e Iurta, 2008).

3.2. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Según la teoría cognitiva de Beck (Beck et.al., 1999; Bados y García, 2010), la reacción que cualquier persona tiene ante los acontecimientos que le suceden está determinada principalmente por el modo en que los percibe y los interpreta, así como por las atribuciones que hace y por las expectativas que tiene.

Según esta definición se puede afirmar que las cogniciones hacen referencia a la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. Los supuestos y creencias de cada persona (o esquemas cognitivos) influyen directamente sobre la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera, así como en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. No obstante, la teoría cognitiva de Beck y colaboradores, (1999) dice que estas cogniciones pueden identificarse y, por supuesto, modificarse; en esto consiste precisamente la reestructuración cognitiva.

En su enfoque de PR, Marlatt (1993) planteó los procedimientos de reestructuración cognitiva para satisfacer los siguientes objetivos:

1. Proporcionar al individuo cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio de hábito con el fin de ayudarlo a entenderlo como un proceso de aprendizaje.
2. Facilitarle el reconocimiento de las primeras señales de una situación de alto riesgo.
3. Controlar los deseos irresistibles.
4. Reestructurar el efecto de violación de abstinencia (EVA).

En cuanto al primer objetivo, la o el profesional será el encargado de ayudar al individuo a:

- a) Identificar sus cogniciones erróneas (como por ejemplo: “si consumo una vez más habré fracasado”, “no soy capaz de mantenerme abstinentes”, o “nunca más volverán a querer contratarme”).
- b) Comprender el impacto que estas tienen sobre sus reacciones emocionales y conductuales (siguiendo los ejemplos anteriores, previsiblemente la persona se sentirá triste y agobiada y sin duda, condicionada en sus actos posteriores).
- c) Considerar las cogniciones como hipótesis que pueden cuestionarse y no como verdades absolutas (siguiendo el ejemplo de la inserción laboral, ¿dispone de algún hecho o dato real que avale que nunca más querrán volver a contratarle? ¿conoce lo que piensan todos los empresarios de su barrio, de su ciudad o incluso de su país?, ¿acaso otras veces no ha conseguido lo que se ha propuesto por difícil que pudiese parecerle al principio?).
- d) Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más racionales para ayudarle a conseguir el cambio deseado (como por ejemplo: “si llegara el caso de que tuviera un consumo puntual, sólo sería eso, un consumo puntual y aislado”, “por supuesto que soy capaz de mantenerme abstinentes, de hecho, llevo tres meses sin consumir, un hecho objetivo que desmonta la idea de que no podría o no sería capaz” o “estoy seguro de que si me esfuerzo en volver al mercado laboral y pongo en práctica las habilidades que he aprendido estaré mucho más cerca de encontrar un puesto de trabajo”).

En cuanto al segundo objetivo, de cara al reconocimiento de señales o situaciones de alto riesgo, se propone como técnica para llevar a cabo por parte del paciente realizar su propio autorregistro, con el fin de resaltar influencias situacionales, como pueden ser rodearse de personas que consumen o acudir a los sitios donde antes el individuo podía adquirir la sustancia, así como déficits de habilidades como por ejemplo, no saber decir no, no aceptar las críticas o no controlar la ira.

Como propuesta, el autorregistro puede recoger: fecha y hora, situación a la que se enfrenta la persona o vivencia, emoción que siente (y valorada del 0 al 10, siendo 0 el valor más bajo y 10 el valor más alto y más intenso), qué piensa en ese momento, qué hace ante esa situación o cómo reacciona y, por último, qué consecuencia tiene su acción (véase Tabla 2).

Paula Castilla

Tabla 2. Ejemplo de autorregistro

Fecha y Hora	Situación Vivencia	Emoción sentida (0 a 10)	Qué pienso	Acción/Qué hago	Consecuencias de mi acción
8/11/15 21:15h	Vuelvo del trabajo y me encuentro con un antiguo colega.	Nervios (8). Agobio (7).	“Ay madre mía, ¿y ahora qué hago si me dice de irnos a tomar algo? Sé que si voy puedo acabar consumiendo”.	Le saludo, nos preguntamos qué tal está y le comento que me alegro de verlo pero que ando un poco apurado y tengo que irme.	Me he enfrentado a la situación de encontrarme y hablar con él pero he optado por evitar un posible riesgo al decirle que tenía prisa y debía irme. De repente me encuentro más aliviado.

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, se hace más visual y sencillo para la propia persona identificar esas “alarmas”, que debe siempre tener en cuenta en un plano consciente para poder prevenirlas o trabajarlas adecuadamente.

Respecto al tercer objetivo, para trabajar los deseos irrefrenables o el *craving*, será importante enseñar y ayudar al paciente a detectar los diferentes pensamientos o situaciones que pueden “dispararlo”.

Beck y colaboradores (1999) distinguieron cuatro tipos de *craving*:

1. Respuesta a los síntomas de abstinencia: el *craving* toma la forma de “necesidad de sentirse bien de nuevo”, ante los efectos de haber dejado de consumir la droga y el incremento de la sensación de malestar por la falta de esta en el organismo.
2. Respuesta a la falta de placer: es decir, para dar respuesta a bajos estados de ánimo como la tristeza o el aburrimiento. Las personas no encuentran otras formas prosociales de divertirse y el consumo de la droga les calma de una forma más rápida e intensa su deseo por la sustancia.
3. Respuesta “condicionada”, a las señales asociadas con drogas: en este caso, el *craving* surge de forma espontánea al exponerse ante estímulos condicionados como pueden ser, entre otros, la terraza de un determinado bar, una persona en particular o una hora concreta del día.
4. Respuesta a los deseos hedónicos: el *craving* surge por el intenso deseo de incrementar su sensación de placer, por ello, en ocasiones combinan drogas y sexo, o drogas e interacciones sociales, pensando que de esta manera ambas experiencias serán mejores.

Algunas técnicas concretas (Beck et al., 1999) que pueden favorecer el trabajo y afrontamiento adecuado de los deseos irresistibles por la sustancia son:

- *Técnicas de distracción*: con el objetivo de centrar la atención en el exterior y no en uno mismo (en las propias emociones, pensamientos, recuerdos...). Podrá ser útil cuando se detecten o vivencien estos deseos irrefrenables: cantar una canción, contar desde 100 hacia atrás restando de 7 en 7, centrarse en la descripción de lo que se ve alrededor (coches, la oficina, los muebles de casa...), hacer puzzles, sopas de letras, sudokus..., en resumen, se trata de buscar actividades que requieran de su concentración.
- *Técnicas de imaginación*: la sustitución de pensamientos o recuerdos negativos por imágenes positivas (por ejemplo, el recuerdo de la última vez que consumió cocaína lo sustituye por la imagen de él mismo abrazando a sus hijos y llegando feliz a casa tras un largo día de trabajo), por imágenes negativas (es decir, por situaciones a las que no querría llegar), por palabras como “basta” o “stop”, etc.
- *Tarjetas-flash*: consiste en que el individuo lleve consigo una o varias tarjetas recordatorias con instrucciones para leer y seguir en el caso de que se produzca un fallo (Marlatt, 1993). Estas tarjetas pueden contener el nombre y número de teléfono del profesional, o el de algún miembro del grupo si la terapia es en formato grupal, así como la relación entre pensamientos negativos y pensamientos alternativos que dan respuesta a los mismos; o bien, recoger por un lado de la tarjeta un pensamiento reestructurado y, por el otro lado, datos o hechos que lo apoyan (Bados y García, 2010).
- *Entrenamiento en relajación*: ya comentado en el apartado anterior.

Respecto al cuarto objetivo, para trabajar las consecuencias del EVA, la reestructuración cognitiva se vuelve imprescindible para enseñar al individuo a que un consumo puntual se interprete como un error, un lapso, un acontecimiento único. Esto es importante porque si no se correría el riesgo de sucumbir a la culpa, a sentimientos de fracaso y a atribuciones personales erróneas como reacciones posteriores al lapso. Para hacer frente también a estos sentimientos y emociones negativas, será útil desmontar o reestructurar los pensamientos dicotómicos del tipo todo-nada (“si consumo una vez más perderé el control para siempre”, o “un desliz es un fracaso”) y la técnica de “Tarjetas-flash”, comentada en el apartado anterior, que cobra mayor importancia si además es escrita con hechos, frases y mensajes positivos del propio paciente.

3.3. REEQUILIBRIO DEL ESTILO DE VIDA

La última estrategia que planteó Marlatt en su modelo de PR es la de reequilibrio del estilo de vida. Con esto, él hacía referencia a técnicas como la meditación o el ejercicio aeróbico como herramientas útiles para lograr el objetivo principal: ayudar y empoderar

al paciente en su prevención de recaídas. Más adelante, en últimas actualizaciones, diversos autores han propuesto el *mindfulness* o meditación de la conciencia plena, como una opción adecuada para el manejo del *craving*, para afrontar las situaciones de alto riesgo o para manejar sus propios pensamientos (Bowen et al., 2006; Pérez y Botella, 2007). Bishop y colaboradores, (2004: 232) definen *mindfulness* como “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”.

4. APORTACIONES A LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Tras analizar las estrategias de intervención que propone el enfoque de PR y proponer diferentes técnicas concretas para trabajar con el individuo cada una de ellas, se plantea en este último apartado las aportaciones que desde el trabajo social se pueden hacer a la aplicación de este enfoque.

Desde la fase de mantenimiento de Prochaska y DiClemente (1982) de la que parte el modelo de PR de Marlatt, los y las trabajadores/as sociales son un agente imprescindible de acompañamiento en el cambio para cada persona. El objetivo a lograr desde el campo profesional del trabajo social será, principalmente, el de la completa reinserción del paciente en diferentes niveles, como pueden ser: familiar, social, laboral y comunitario, entre otros.

Bermejo y colaboradores (2012) representando al Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, elaboraron una guía de protocolo de actuación desde el trabajo social en el ámbito de drogodependencias donde recogen, entre otros, los siguientes niveles de intervención y objetivos a conseguir desde este campo profesional con las personas atendidas y las posibles actuaciones que el/la trabajador/a social puede llevar a cabo para promoverlo. En la Tabla 3 se recoge el extracto de algunos objetivos y actuaciones consideradas de interés para el tema de este trabajo: la prevención de recaídas.

Tabla 3. Objetivos y actividades a realizar por el o la trabajadora social con personas drogodependientes orientados a la PR.

1. SALUD/AUTOCUIDADOS
1.1 Objetivos: conseguir un estado nutricional adecuado, higiene personal saludable y adquirir y mantener una sexualidad segura.
1.2 Actividades/acciones: información y orientación, entrevistas de motivación, implicación de la familia, asesoramiento sobre posibles recursos a utilizar, participación en grupos dinamizados por el/la trabajador/a social para trabajar estos aspectos.

2. FAMILIAR
2.1 Objetivos: implicación de la familia en la recuperación del paciente y ayudar a retomar, si se hubiera perdido o deteriorado, los vínculos familiares.
2.2 Actividades/acciones: apoyo a las familias a nivel motivacional y promoción de cambios que ayuden a superar el estrés o la ansiedad que pueden haber producido los obstáculos a través del trabajo en grupo, de escuelas de familias o en formato más individualizado.
3. SOCIO-RELACIONAL
3.1 Objetivos: establecer y mantener nuevos vínculos sociales alejados de la dinámica de consumo, adquirir y potenciar las habilidades sociales, promover una actitud social autónoma y responsable, entre otros.
3.2 Actividades/acciones: dinámicas grupales, entrevistas motivacionales, visitas de recursos comunitarios, conocimiento del tejido asociativo del barrio.
4. FORMATIVO-LABORAL
4.1 Objetivos: fomentar la motivación e implicación de la persona en su proceso de formación y búsqueda activa de empleo, ayudarle a ajustar las expectativas laborales en función de su perfil profesional y motivarle para conseguir avanzar si está en un proceso personal de búsqueda de vocación, y adquisición de competencias personales y herramientas que le faciliten su inserción laboral.
4.2 Actividades/acciones: orientación laboral, análisis de fortalezas y debilidades de cara a la inserción laboral para potenciarlas o trabajarlas, intervención grupal con personas en situación de desempleo (drogodependientes o no), asesoramiento sobre recursos comunitarios o asociativos que ofrecen bolsa de empleo, orientación y formación certificada.
5. OCIO
5.1 Objetivos: lograr el desarrollo o descubrimiento de intereses de ocio saludable, grupales o individuales; disminución de las actividades de ocio de riesgo, promoción de la organización y gestión del tiempo para la realización de actividades de tiempo libre.
5.2 Actividades/acciones: información y orientación sobre los recursos de ocio del distrito/ciudad y sobre la adecuación a las necesidades y características del paciente (coste, adaptación a personas con movilidad reducida, de fomento de la socialización, etc.), entrevistas individuales para trabajar la gestión del tiempo, asesoramiento sobre asociaciones, centros culturales y recursos como descuentos, tarjeta de transporte, actividades de voluntariado, entre otras.

Fuente: Bermejo et al., (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias*. Madrid: Instituto de Adicciones.

Elaboración propia.

A esta propuesta de objetivos deben añadirse otros aspectos fundamentales a tener en cuenta y a trabajar con la persona como por ejemplo: las condiciones de la vivienda (si cumple o no con los requisitos mínimos de habitabilidad), situación económica hasta que la persona encuentre un empleo (¿cuenta con apoyo económico externo?, aun teniendo empleo, ¿el sueldo es suficiente para cubrir sus necesidades básicas?), barreras idiomáticas o culturales, diversidad funcional o antecedentes penales (la persona puede estar esperando que se dicte sentencia o le convoquen a juicio por delitos anteriores de su vida, aunque ahora esté recuperada).

Aun habiendo otras modalidades, a continuación se expone como el o la trabajadora social podrá utilizar en su labor profesional la intervención individual, grupal o familiar.

- El trabajo social individual irá encaminado a reforzar la motivación del paciente por el cambio que se desea conseguir y previamente acordado por la persona con la que se interviene, a asesorarle u orientarle sobre cuestiones concretas como por ejemplo sexualidad, actividades de ocio, formación, etc., y permitirá trabajar de forma personalizada el entrenamiento en habilidades o el afrontamiento de diferentes situaciones que puedan suponer riesgo de recaída (con técnicas como el modelado o el *role-playing*).
- El trabajo social en grupos facilitará la promoción, adquisición y mantenimiento de las habilidades y competencias personales que proponía Marlatt en su modelo inicial: asertividad, control de la ira, relajación, habilidades sociales o comunicación; así como otras que en la actualidad se han vuelto imprescindibles como por ejemplo la alfabetización digital o el uso de correo electrónico e internet.

Estas competencias serán necesarias, junto con la reestructuración cognitiva que se proponía, para lograr conseguir una nueva red social ajena al consumo de sustancias, ser eficaz en la búsqueda de empleo (por ejemplo, a la hora de enfrentarte a una entrevista de trabajo) y para recuperar o mejorar el vínculo con la familia.

- Será fundamental delimitar el tamaño del grupo para asegurar un adecuado funcionamiento de este (recomendable entre 8 y 12 miembros), decidir sobre su composición (heterogéneo u homogéneo, en cuanto a sexo, edad, tiempo que se lleva en fase de mantenimiento y droga que se consumía, entre otros), su carácter abierto o cerrado, etc. En este tipo de intervención es importante que el profesional o profesionales que dinamicen el grupo sean capaces de fomentar la motivación entre los participantes, manejar los vínculos que se vayan formando entre los miembros del grupo y fomentar la cohesión del mismo, promover la comunicación entre todos y todas, priorizar el mantenimiento de un clima emocionalmente seguro y manejar adecuadamente las transferencias

y contratransferencias hacia los profesionales (De Lucas, 2015). Con el objetivo de asegurar ciertas garantías de éxito, algunas acciones positivas a realizar previas al comienzo de este pueden ser entrevistas previas con los individuos o el establecimiento de algunos criterios de exclusión, ya que al estar en una fase de mantenimiento, será necesaria cierta actitud proactiva y de voluntad propia.

- El trabajo con familias será fundamental en aquellos casos en los que haya que promover la implicación de estas en el cambio que el paciente ha logrado y quiere mantener, así como para enseñarles, de igual manera que ya se habrá hecho con sus familiares con problemas de adicción, que una recaída no tiene por qué suponer el inicio de un nuevo ciclo de consumo. Las familias son y actúan como agentes terapéuticos y cauces de normalidad para el paciente. El trabajo con familias parte desde la premisa de que las familias son la principal herramienta para el cambio (Sánchez, 1995). En estos grupos se trabajará el análisis de actitudes, modificación de creencias erróneas, habilidades de afrontamiento y toma de decisiones, así como la promoción del enriquecimiento personal a través de las experiencias de los diferentes miembros del grupo, entre otros.

En ocasiones, será necesario trabajar las emociones y sentimientos que en la actualidad les genere su familiar con problemas de adicción. Pena, rabia, culpa, tristeza, desconfianza o temor son algunos ejemplos que podrán experimentar en esta última fase del tratamiento cuyo objetivo es prevenir las recaídas. Se les ayudará a comprender que la responsabilidad real de que su familiar se mantenga en abstinencia es de esa persona y no de ellos o de ellas (Neneyto, 2015).

Es por todo ello por lo que el trabajo social supone una disciplina fundamental en la intervención con personas drogodependientes.

Se hace necesario aclarar que en este trabajo se presenta únicamente la labor de los y las trabajadores/as sociales en la fase de reinserción social del paciente pero, sin duda, suponen una pieza clave en la prevención y tratamiento de las drogodependencias o conductas adictivas, siempre con una adecuada coordinación con el resto del equipo multidisciplinar del centro, entidad o programa desde el que se trabaje, así como con las instituciones de la red si fuese necesario.

5. CONCLUSIONES

El enfoque de prevención de recaídas que propone Marlatt, y que ha sido expuesto a lo largo de este trabajo, ha sido actualizado en varias ocasiones con el objetivo de hacerse más útil y con mayor grado de éxito en su aplicación a las personas con problemas de adicciones. Según Becoña y colaboradores, (2008: 92), tiene una evidencia de éxito de nivel 1, es decir, se enmarca dentro de la categoría de “ensayos clínicos

Paula Castilla

controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis”, de ahí que haya sido elegido en este trabajo como una propuesta de enfoque eficaz.

No obstante, todavía queda mucho trabajo por delante. Será necesario validar la eficacia de este modelo aplicándolo con otros colectivos con necesidades más específicas como por ejemplo con población adolescente o con distintos grupos étnicos; así como en diferentes tipos de adicciones, tanto a sustancias (como por ejemplo alcohol, cocaína, cannabis, heroína o éxtasis) como en formato de conducta adictiva (compras por internet, juegos de rol, apuestas online o presenciales, sexo, redes sociales, entre otras) (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Con el objetivo de acercar el modelo planteado a los y las profesionales del ámbito social y, en concreto, de la intervención en adicciones, se han expuesto a modo orientativo e inspirador diferentes técnicas para trabajar el entrenamiento en habilidades (como las conductas asertivas, el control de estrés, comunicación, resolución de conflictos, etc.), la reestructuración cognitiva y el restablecimiento del estilo de vida. Desgranar esta información ha facilitado detectar la necesidad de continuar investigando y creando nuevas formas de intervención más innovadoras y creativas, más experienciales y visuales, para grupos o en formato individual, implicando a la familia, al barrio o a la comunidad..., siempre con el objetivo último de promover y facilitar el empoderamiento de todas las personas implicadas en el cambio, su autoconfianza y su motivación, condiciones clave para poder avanzar y progresar en el proceso de cambio conductual.

Por último, en este trabajo se ha expuesto como, desde el ámbito del trabajo social, se busca la reinserción y el bienestar social de la persona drogodependiente y de sus seres más cercanos y queridos para él o ella, así como acompañarles en la consecución de sus objetivos vitales. No obstante, en muchas ocasiones, lograr todo esto es realmente complicado; muchas de las personas con las que se trabaja tienen a sus espaldas historias de vida muy complejas, se encuentran en situaciones en las que no disponen de recursos básicos (como por ejemplo, una vivienda digna) o no disponen de ingresos de dinero porque se encuentran en situación de desempleo, por lo que se convierte en imprescindible que el sistema público refuerce su involucración activa en asegurar a todos sus ciudadanos y ciudadanas una atención bio-psico-social integral y plena, para que estos casos cada vez sean los mínimos, así como coordinándose con otras entidades o dispositivos privados.

Para este reforzamiento por parte del Estado algunas propuestas podrían ser: incrementar las subvenciones económicas a los centros y entidades que se dedican al campo de las adicciones, mayor número de profesionales atendiendo a la población afectada, impulso a la visibilidad del problema social a través de eventos deportivos, medios de comunicación, o actos culturales, oferta de formaciones dinámicas y participativas para toda la ciudadanía, grupos de reflexión y participación en los barrios, etc.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/12302>.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, (2), 117-148.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Madrid: Paidós.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp.461-482). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-gu%C3%ADas-cl%C3%ADicas-de-socidrogalcohol.html>
- Bermejo, M. V., Pamo, M. L., Sánchez-Lauhle, L., García, A. M., López, A. I., Castillejo, M., Arévalo, M., Tejedor, M., y Gil, S. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias*. Madrid: Instituto de Adicciones. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/>
- Bersntein, D. A., y Borkoveck, T. D. (1973). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, (3), 230-241.
- Bolles, R. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review*, 79, (5), 394.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B.D, Larimer, M. E., Blume, A.W., y Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors*, 20,(3), 343.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 4, (13), 51-62.
- Caballo, V., y Irurtia, M. J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador (Ed.). *Técnicas de modificación de conductas* (pp.573-592). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2008). Técnicas de modelado. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp. 401-420). Madrid: Ediciones Pirámide.
- De Lucas, A. (2015). *Terapia de grupo*. En: Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 10. Inserción social. Tema 6. Universidad de Valencia. Edición 13.

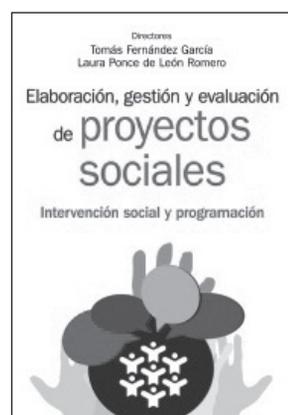
- Dobkin, P. L., Civita, M., Paraherakis, A., y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347-356.
- González-Brignardello, M. P., y Carrasco, M. A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4, (2), 83-105.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp.199-224). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Litt, M. D., Kadden, R.M., Cooney, N. L., y Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Martínez, F., Pérez, E. y De las Heras, M. D. (2004). *NEXUS: Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Deporte y Vida.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Neneyto, M. J. (2015). *La familia en la inserción psicosocial*. En Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 10. Inserción social. Tema 7. Universidad de Valencia. Edición 13.
- NIDA. (2014). *La ciencia de la adicción. Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas*. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/>.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Prochaska, J. O., y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rathus, S. A. (1973). Escala de asertividad. En P. Bartolomé, J. A. Carrobes, M. Costa, T. & Del Ser. (Eds.), *La práctica de la terapia de conducta (apéndice)*. Madrid: Pablo del Río.
- Sánchez, M. L. (1995). El trabajo social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 181-199.

- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, (2), 259-270.
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 295-340). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Valero, J., y Solbes, S. (2012). Mediación en drogodependencias: reflexión práctica y ámbitos de aplicación. *Revista Española de Drogodependencias*, 37,(4), 465-478.
- Vallés, A. (2015). *La prevención en el ámbito familiar*. En: Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 1. Prevención. Tema 7. Universidad de Valencia. Edición 13.
- Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, (4), 224.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.

TÍTULO DEL LIBRO: ELABORACIÓN, GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES. INTERVENCIÓN SOCIAL Y PROGRAMACIÓN

BOOK TITLE: CREATING, MANAGING AND EVALUATING SOCIAL PROJECTS. SOCIAL INTERVENTION AND PLANNING

Directores: Tomás Fernández García
y Laura Ponce de León Romero
Editorial Pirámide
Madrid, 2016
ISBN 978-84-368-3459-8
Páginas: 388



Reseña realizada por Angelines Martínez Boyé. Profesora de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Las necesidades sociales son una constante en las sociedades. Desde la acción social se ha tratado de poner fin a las mismas, evolucionando de la beneficencia, caridad o filantropía hacia una actividad cada vez más profesionalizada, que exige sistematización en sus acciones. Con este libro los profesionales de las Ciencias Sociales podrán abordar las problemáticas sociales de una manera racional, sistemática y rigurosa. Trabajadores sociales, psicólogos, educadores, sociólogos, animadores socioculturales..., podrán diseñar y llevar a cabo proyectos de intervención individual, grupal y comunitario dentro de la programación de las instituciones donde trabajen o colaboren.

En la primera parte del libro se ofrece la descripción de conceptos básicos, como evaluación, programación, proyecto, programa o plan, exponiendo ejemplos que resultan de utilizar para asimilar la estructura base de los proyectos sociales. A continuación se detallan los contenidos que deben abordar los proyectos de intervención individual, familiar, grupal y comunitaria.

Angelines Martínez

La segunda parte del libro se centra en explicar cómo se desarrolla la programación dentro de las instituciones, teniendo en cuenta tres elementos esenciales: valores, misión y visión, que configuran la planificación estratégica de las organizaciones, lo que a su vez permite concretar a posteriori las memorias de trabajo, documento en el que se recoge y evalúa la actividad llevada a cabo. En este apartado se describen el enfoque del marco lógico y las fases a seguir para completar las memorias institucionales. Los ejemplos que aparecen en el libro ayudan a entender los contenidos de las memorias y los distintos tipos de presentación de resultados.

La tercera parte del libro se centra en la gestión de proyectos. En ella se explican las alternativas laborales existentes para llevar a cabo las ideas profesionales, entre ellas la de crear una asociación desde la que desarrollar proyectos o solicitar subvenciones. En este apartado también se explican las nociones económicas y financieras básicas para llevar a cabo la gestión de la entidad.

La última parte del libro está dedicada a la evaluación. Con su lectura se podrá aprender cómo seleccionar los indicadores adecuados, cómo elaborar un cuestionario y qué tipo de evaluación seleccionar en función de los objetivos del proyecto. Los ejemplos intercalados en el texto son de gran utilidad para entender la complejidad de esta materia.

Los doce autores que participan en el libro, con senda experiencia vinculada al sector asociativo y universitario, ofrecen un libro práctico y dinámico, que seguro resultará de utilidad para profesionales, docentes, estudiantes y público en general, cuya actividad esté vinculada con las problemáticas sociales. Los contenidos de este libro constituyen la base teórica imprescindible para la intervención social, que a su vez podrán ser implementados con la lectura de otro segundo manual titulado *Planificación y actuación estratégicas de proyectos sociales*, disponible también en esta editorial, en el que se podrá encontrar contenido más específico, si se desea seguir profundizando en esta materia.

TÍTULO DEL LIBRO: PLANIFICACIÓN Y ACTUACIÓN ESTRATÉGICA DE PROYECTOS SOCIALES

BOOK TITLE: SOCIAL PROJECT PLANNING AND STRATEGIC ACTION

Directores: Tomás Fernández García
y Laura Ponce de León Romero
Editorial Pirámide
Madrid, 2016
ISBN: 978-84-368-3460-4
Páginas: 439

Reseña realizada por Sergio Andrés Cabello. Universidad de La Rioja



Tras el volumen *Elaboración, gestión y evaluación de proyectos sociales* (Pirámide), Tomás Fernández García y Laura Ponce de León dirigen de nuevo una obra colectiva que sirve de continuación a un primer trabajo, que mostraba las bases de los proyectos sociales enfocados a la intervención social y que cubría sus diferentes etapas. En *Planificación y actuación estratégica de proyectos sociales*, se plantea un salto en todo el proceso que responde a las transformaciones no solo de la sociedad sino del mundo del empleo, específicamente en este caso en el trabajo social. La complejidad de las actuaciones sociales demanda mayores y diversos conocimientos. Igualmente, las situaciones en las que se aplican proyectos sociales tampoco son ajenas a esos procesos de cambio, cada vez más acelerados, y ante los cuales los planificadores y gestores de proyectos sociales deben contar con más herramientas y conocimientos para afrontarlos y, en consecuencia, lograr una mayor eficiencia y eficacia en sus objetivos.

El presente libro se estructura en tres partes diferenciadas y complementarias, en las que intervienen hasta catorce autores, especialistas todos ellos y ellas de reconocido prestigio en el ámbito del Trabajo Social, Derecho, Psicología, Relaciones Laborales, la empresa, los proyectos de cooperación, Servicios Sociales, etc. En la primera par-

Sergio Andrés Cabello

te, “Planificación y gestión estratégica”, encontramos dos vertientes diferenciadas y complementarias. Por una parte, todo lo relacionado con cuestiones como la dirección estratégica, la viabilidad, la excelencia y la calidad, pero lejos de entrar en conceptos vacíos sino profundizando en los mismos para aplicarlos a los proyectos sociales. Por otra parte, una de las principales transformaciones de las últimas décadas son las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), y se abordan en este volumen como un medio para mejorar la eficiencia de los proyectos sociales, y del conjunto del trabajo social. Finalmente, también se introducen nuevos modelos de dirección de equipos, centrándose en aspectos como el liderazgo, el *coaching*, etc.

En la segunda parte, “Regulación jurídica”, se realiza un amplio recorrido por los aspectos jurídicos de la intervención social. Sin duda, es uno de los contenidos más novedosos y relevantes ya que, en no pocas ocasiones, suele quedar descuidado. Teniendo en cuenta las implicaciones legales de la intervención social, desde la diversidad de entidades e instituciones que la pueden llevar a cabo hasta todo lo relacionado con la responsabilidad social, la protección de datos y los riesgos laborales, es pertinente y necesario que los/as trabajadores/as sociales, y otros profesionales que participan en dichos proyectos, cuenten con conocimientos sobre la cuestión.

Para concluir este volumen, se presenta el apartado “Alternativas laborales”, una visión general de determinadas vías en las que los profesionales pueden encontrar un empleo, pero partiendo de las funciones que pueden desarrollar en cuestiones que han alcanzado nuevas dimensiones en la última década como son la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), la cooperación al desarrollo y la aplicación en la misma de los proyectos sociales.

En definitiva, un trabajo que debe entenderse de forma conjunta con *Elaboración, gestión y evaluación de proyectos sociales*, y que nos va presentando estructuralmente los pasos de la intervención social a través de proyectos sociales de forma global y holística, pero también incidiendo en cuestiones novedosas, como por ejemplo la gestión, las TIC, el autoempleo o los contenidos jurídicos, que son necesarios para afrontar escenarios más dinámicos y complejos.

DERECHOS HUMANOS, FUNDAMENTO DEL TRABAJO SOCIAL. CELEBRANDO EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA PROFESIÓN

El 16 de diciembre de 2015 y coincidiendo con la cercana celebración del Día de los Derechos Humanos y el final de año, se celebró, tras las asambleas, un Encuentro Colegial en el que conmemoramos los Derechos Humanos como Fundamento del Trabajo Social, se dio la bienvenida a los/as nuevos/as colegiados y colegiadas y se realizó un reconocimiento a las compañeras recientemente jubiladas.

Nos dio la bienvenida al Salón de Actos de la *Fundación Once* su Director, José Luis Martínez Donoso, que resaltó el importante papel de los/as trabajadores/as sociales y su vínculo con la Fundación que nos acogía.

El primer momento de la tarde fue la entrega de la insignia de la profesión y un diploma conmemorativo a un grupo de nuevos/as colegiados/as. Agustina Crespo, en nombre del Colegio, les dio la bienvenida y les señaló la importancia de trabajar con y al lado de las personas, comprometidos con la defensa de los derechos sociales y de justicia social y desde nuestro Código Deontológico.

Ana Lima, Presidenta del Consejo General hizo un recorrido por la Campaña “Derechos Sociales por la Dignidad” y remarcó la importancia del trabajo social para la defensa de los Derechos Humanos y el reconocimiento e interés que a nivel internacional está generando el trabajo del Consejo y la organización colegial en el ámbito de los derechos.

La Decana del Colegio Mar Ureña hizo un breve repaso, ya en el ámbito de la Comunidad de Madrid, del papel que trabajadoras/es sociales y el Colegio están jugando en el seguimiento y promoción de los derechos (Atención Social Primaria, Renta Mínima, Dependencia, Sanidad...) y remarcó la importancia de ser muy conscientes de la necesidad de promover desde nuestro conocimiento técnico y nuestro compromiso ético una sociedad equitativa e inclusiva.





Mar Ureña y Ana Lima con compañeras y compañero jubiladas/o del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

También aprovechamos la ocasión para anunciar y felicitar en persona a Patro Las Heras, Premio Estatal de Trabajo Social, concedido por el Consejo General.

Cerró el acto el homenaje a compañeras y un compañero jubilados. En esta ocasión tuvimos el placer de compartir este momento con: M.^a Pilar Acebo Sánchez; M.^a Pilar Albillo Pérez; Concepción de Diego García; María del Pilar Franco Arias; José Claudio Gayoso Díez; Milagros Hernández Calvo; Alicia López Gil; Teresa Pardo Serrano; Alicia Pérez Cuellas; María Carmen Rico Martínez; M.^a Cristina Sánchez Rodríguez; Mayte Ursa Herguedas; Josefa Valbuena Oliver.

José Ignacio Santás, Vocal de la Junta de Gobierno, relató la trayectoria de las compañeras, permitiendo así a las personas presentes conocer su recorrido y algunos aspectos destacados de visión sobre la profesión.

Pilar Albillo y Milagros Hernández nos regalaron unas palabras (luchadoras y comprometidas como ellas) en nombre de todas las compañeras.

MEJORAS EN LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN

En octubre de 2015 el Pleno de la Asamblea de Madrid instó al Gobierno de la Comunidad de Madrid a revisar la Renta Mínima de Inserción (RMI) de la Comunidad de Madrid con la puesta en marcha de diferentes medidas: 1.- Incremento del Presupuesto de la Comunidad de Madrid destinado a la Renta Mínima de Inserción; 2.- Reducción de los plazos, tanto de tramitación como de revisión de expedientes, hasta un máximo de tres meses; 3.- Recuperación de la dotación presupuestaria propia para la financiación de los proyectos de integración de la Renta Mínima de Inserción; 4.- Mantenimiento del sistema de precios reducidos de comedor escolar para los alumnos de unidades receptoras de la Renta Mínima de Inserción, así como becas de libros y material escolar; 5.- Eliminación de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar de la Ley de Dependencia como recurso computable para establecer la cuantía a percibir de RMI en el caso de atender a familiares dependientes en el hogar; 6.- Puesta en marcha inmediata del Plan de Inclusión 2016/2019 que contemple medidas de carácter transversal, junto a una memoria económica suficiente; 7.- Proponer al Gobierno de la Nación que se determinen las medidas necesarias para que los requisitos de admisión de la prestación, su duración y cuantía sean similares en todo el territorio nacional.

Esta resolución recoge algunas de las propuestas lanzadas por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, Eapnmadrid, ForoServSocial y Observatorio de Inclusión en el documento conjunto de propuestas para mejorar la Renta Mínima.

Posteriormente en diciembre los presupuestos de la Comunidad de Madrid 2016 incorporaron la subida de la Renta Mínima de Inserción gracias a la enmienda transaccional aprobada por unanimidad en la Comisión de Presupuestos. Esta subida de cuantías de la RMI para 2016 (congeladas desde 2010) supone un paso en la mejora de la garantía de ingreso con enfoque de derechos.

El Colegio lleva más de tres años trabajando intensamente en Renta Mínima: estudios, visibilización, trabajo en red (con las entidades citadas) y colaboración con la administración y los grupos políticos haciendo análisis, propuestas, etc. Estos logros son solo un paso más, pero ayudan a entender la importancia de nuestro trabajo como Colegio, y del papel de los/as trabajadores/as sociales, que ponen su análisis de la realidad social y sus propuestas de mejora al servicio de la ciudadanía.

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 Trabajadores Sociales de Madrid, que durante 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 estará 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 autores del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la sección de publicaciones del Colegio Oficial de Trabajadores 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 autores 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. El miembro del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El evaluador 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 evaluadores realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.

7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los evaluadores para adoptar la decisión final. Los autores de los artículos serán avisados 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 autores 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 autores

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 autores 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 publicarlo”. 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

**Instrucciones
a los autores**

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.

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 autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012: 23). Si dos o más documentos tienen el 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 se citan por sus primeros apellidos unidos por "y", (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de "et al.", (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un autor 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 de los autores. Si un autor 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.:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Los instrumentos de evaluación. En T. Fernández (Ed.), *Fundamentos del Trabajo social* (pp. 221-250). Madrid: Alianza Editorial.

° Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor, 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, 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>.

Instrucciones a los autores

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).

13. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.

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 autores cuyos trabajos sean publicados.

Código ético	www.trabajosocialhoy.com
Indicadores de calidad	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
	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/
	REPOSITORIOS Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org
Suscripciones y solicitudes	<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 Workers 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).

Instructions to Authors

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*.

9. 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: 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).

10. 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.

11. 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:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Assessment tools. In T. Fernández (Ed.), *Fundamentals of Social Work* (pp. 221-250). Madrid: Alianza.

- ° 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:

IMSERO. (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

12. 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.

13. 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.

14. 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 - Psicodoc
	<p>JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS</p> <p>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>REPOSITORIES</p> <p>Google Scholar http://www.scholar.google.es/</p>
	<p>ANOTHER DATA</p> <p>CrossRef Member. www.crossref.org</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

Estimada Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los autores 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 autores 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 autores 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 autores se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores 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 _____

Tfo. _____ 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 desde el 1 de febrero de 2011)



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	Organismos/ Entidades	Resto	Extranjero
30 €	44 €	40 €	52 €

FORMA DE PAGO

- **Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.**

c.c.c. 0075-0001-88-0606440012

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 DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
C/ Gran Vía, 16 28013 Madrid

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

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

Sumario | Contents

Presentación Presentation[5]

Artículos | Articles..... [7-134]

Dossier Adolescencia

Intervención social con adolescentes: Necesidades y recursos
Social intervention with adolescents: Needs and resources
Concepción Castro Clemente y Esther Rodríguez 7-23

Del castigo a la humanización. Adolescentes en centros de justicia juvenil: percepciones y reflexiones
From punishment to humanization. Adolescents in juvenile justice centres: perceptions and reflections
José Javier Navarro Pérez, María Mercedes Botija Yagüe y Ángela Carbonell Marqués 25-40

Bullying homofóbico en el contexto mexicano: voces desde estudiantes de trabajo social regiomontanos
Homophobic bullying in a Mexican context: voices of social work students in Monterrey
Luis M. Rodríguez Otero 41-62

Dossier Dependencia

Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social
The profile of informal caregivers and the sphere of action of social work
Victor Navarro Ramos 63-83

Influencia de la Ley de Dependencia en la percepción de las cuidadoras familiares como trabajadoras
Influence of the spanish Law on Dependence on the perception of family caregivers as workers
Cristina Carral Miera 85-107

Intervención profesional

La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social
The prevention of relapses in the Marlatt model. Contributions from the field of social work
Paula Castilla Carramiñana..... 109-133

Reseñas | Reviews [135-138]

Título del libro: Elaboración, gestión y evaluación de proyectos sociales
Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero
Book title: Creating, managing and evaluating social projects.
Authors/editors: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero
Reseña realizada por Angelines Martínez Boyé 135-136

Título del libro: Planificación y actuación estratégica de proyectos sociales
Autores: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero
Book title: Social Project Planning and Strategic Action
Authors/editors: Tomás Fernández García y Laura Ponce de León Romero
Reseña realizada por Sergio Andrés Cabello 137-138

Información profesional | Professional information.....[139-141]

Derechos Humanos, fundamento del Trabajo Social. Celebrando el presente y el futuro del Trabajo Social
Human rights, the foundations of Social Work. Celebrating the present and future of Social Work 139

Mejoras en la Renta Mínima de Inserción
Improvements in the minimum guaranteed income benefit..... 141