

Perfil descriptivo de los/as jóvenes que han participado en el programa Súmate durante 2018-2019

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Universidad de La laguna

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación

Grado en Trabajo Social

03/2020

Alumnas TFG: **Guacimara González Abreu y Sonia Gutiérrez Dorta**

Tutor Académico: **Juan David García Pérez**

RESUMEN

En el presente Trabajo de Fin de Grado, hemos realizado un perfil descriptivo de los y las jóvenes que han participado en el programa Súmate desde el 1 de Junio de 2018 hasta el 31 de enero de 2019. A lo largo de este trabajo, podremos ver la realización de un estudio cuantitativo-cualitativo en el que hemos ampliado la base de datos existente dentro del programa Súmate incluyendo nuevas variables, teniendo como objetivo que existan comparaciones y relaciones entre ellas para poder desarrollar un documento en el que se refleje la diversidad dentro de la asociación a través de las diferentes variables expuestas y así poder realizar un perfil general.

Palabras claves

Extutelados, inserción laboral, diversidad funcional, emancipación, salud mental.

ABSTRACT

In this Final Degree Project, we have made a descriptive profile of the young people who have participated in the Súmate program from June 1, 2018 until January 31, 2019. Throughout this work, we can see the realization of a quantitative-qualitative study in which we have expanded the existing database within the Súmate program, including new variables, with the objective that there are comparisons and relationships between them in order to develop a document that reflects the diversity within the association through the different exposed variables and thus be able to make a general profile.

Key words

Extuteled, labor insertion, functional diversity, emancipation, mental health

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
OBJETIVOS	17
❖ OBJETIVOS GENERALES	17
❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
MÉTODO	18
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	31

INTRODUCCIÓN

En el siguiente documento se desarrolla un perfil comparativo de los y las jóvenes que han participado en el programa Súmate durante los años 2018 y 2019.

La Asociación de Acción Sociocomunitaria SUMAS es una entidad sin ánimo de lucro fundada en el año 2014 que tiene la vocación de trabajar con personas, instituciones y entidades para favorecer cambios a nivel biopsicosocial, a través del acompañamiento y aprendizaje mutuo, fortaleciendo a personas y grupos mediante procesos educativos y terapéuticos. Esta entidad nace de la inquietud de un grupo de profesionales, de diferentes disciplinas (Enfermería, Trabajo social, Psicología, Pedagogía y Empresariales) con amplia experiencia y formación en el ámbito de la Protección de Menores, en la Atención a Personas con Diversidad Funcional (Trastornos del Espectro Autista, Discapacidad Intelectual, Discapacidad física y/o sensorial), Enfermedad Mental (Trastornos de Personalidad, Esquizofrenia u otros Trastornos Psicóticos) y/o Trastornos Graves de Conducta, así como en la Atención e Intervención Familiar. Esta entidad ofrece varios servicios: Acogimiento Familiar, Intervención Ambulatoria, Escuela de Formación y Programa Súmate. Para la realización de nuestro trabajo nos hemos centrado en el último programa mencionado, Programa Súmate. SÚMATE se concreta en un Servicio Especializado de Apoyo y Desarrollo a jóvenes que han sido o están siendo tutelados por las Dirección General de Protección a la Infancia y Familia (en adelante DGPIF), con edades comprendidas entre 17 años y medio y los 21 años; en algunos casos esta edad se puede elevar hasta los 24 años, siempre que esté motivada dicha intervención. Estos jóvenes deben presentar una discapacidad intelectual, física y sensorial, enfermedad mental, dificultades comportamentales y problemas de adaptación social. Todo la Intervención Integral de Apoyo y Desarrollo de este servicio se orienta a la Integración Laboral de los y las jóvenes que participen en el Programa.

Este servicio especializado tiene como ámbito de actuación la CC.AA de Canarias, por tanto, tiene presencia en las 7 Islas. Se trata de un servicio itinerante, de proximidad y vinculado a cada territorio donde los jóvenes objeto de este servicio desarrollen su proyecto vital.

En cuanto a la presentación del contenido del trabajo, se ha estructurado de tal manera que comienza con un marco teórico en el que se sintetiza la información recabada a través de las diferentes fuentes consultadas. A continuación, se plantean los objetivos tanto generales como específicos de dicho estudio, seguido de la descripción del método planteado. Se ha utilizado como instrumento la base de datos del programa, con el fin de explotar y reunificar los datos de la investigación incluyendo las variables que se han observado y medido. Finalizando con la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, analizando y comparando dichos resultados con el Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados de la Provincia de Las Palmas y con el Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife.

MARCO TEÓRICO

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la **discapacidad** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años.

Existe una gran variedad de discapacidades, una de las más comunes es la *discapacidad intelectual*. La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. En España hay casi 300.000 personas con discapacidad intelectual.

Los niños con DI tienen dificultades considerables tanto en el *funcionamiento intelectual* (por ejemplo: comunicación, aprendizaje, resolver problemas) como en la conducta de *adaptación* (por ejemplo: destrezas sociales cotidianas, rutinas, higiene). Las discapacidades intelectuales pueden ser leves o más graves. Hay muchos programas y recursos disponibles para ayudar a estos niños a medida que crecen y se transforman en adultos.

La mayoría de los niños con DI pueden llegar a desempeñar las funciones de la vida diaria y, como adultos, llevar vidas parcialmente independientes.

En relación con la investigación, por otro lado, definimos la **salud mental** como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y

fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud).

Una enfermedad o trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental).

Tipos de enfermedades o trastornos mentales

Entre ellos se incluyen:

- ✓ La depresión
- ✓ El trastorno afectivo bipolar
- ✓ **La esquizofrenia** y otras psicosis
- ✓ La demencia
- ✓ Las discapacidades intelectuales
- ✓ Los trastornos del desarrollo, como el autismo.
- ✓ ...

La esquizofrenia “es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios” (OMS).

La esquizofrenia tiene una serie de síntomas, los cuales son: delirio, alucinaciones, pensamientos desorganizados, comportamiento motriz extremadamente desorganizado o anormal, retraerse de los amigos y familia, caída en el desempeño escolar, trastornos del sueño, irritabilidad o depresión, falta de motivación, pensamientos y comportamientos suicidas, entre otros.

Destacamos que los factores psíquicos (estrés) y sociales, los traumas y los acontecimientos estresantes también pueden contribuir a la aparición de la enfermedad.

Otra manera de prevenir la esquizofrenia sería evitando el consumo de drogas, ya que, sobre todo los alucinógenos como el LSD, pueden desencadenar una psicosis esquizofrénica.

Por lo tanto, es difícil prevenir la esquizofrenia. Sin embargo, si el paciente sigue el tratamiento prescrito por los especialistas, los síntomas sí pueden evitarse.

Ya que hemos hablado de salud mental, debemos manifestar también la existencia e importancia que tienen los **trastornos de la conducta** dentro de la investigación. Definimos los trastornos de la conducta como un trastorno del comportamiento, algunas veces diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otros, los estándares y reglas sociales apropiados a la edad. Los comportamientos antisociales pueden incluir la irresponsabilidad, comportamientos delincuentes, violar los derechos de otros y/o agresión física contra animales u otros. Estos comportamientos generalmente ocurren juntos; sin embargo, uno o varios pueden ocurrir sin el otro.

Las condiciones que contribuyen al desarrollo del trastorno de la conducta se consideran que son multifactoriales, lo que significa que muchos factores contribuyen a la causa. Se considera que el temperamento en la infancia tiene una base genética. Los niños o adolescentes a quienes se consideran que tienen un temperamento difícil tienen más probabilidades de desarrollar problemas conductuales. Los niños o adolescentes de ambientes de hogares desfavorecidos, disfuncionales y desorganizados tienen más probabilidades de desarrollar trastornos de la conducta, aunque se puede encontrar en todos los grupos socioeconómicos. El trastorno es **más común en chicos que en chicas**. La prevalencia de los trastornos de la conducta ha aumentado en las décadas recientes a través de las razas, culturas y grupos socioeconómicos.

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, los trastornos del comportamiento son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios especializados de salud mental infantil y juvenil. La prevalencia de los trastornos del comportamiento en niños de edades comprendidas entre los 5 y 10 años fluctúa entre el 4,8% y el 7,4% para niños y entre el 2,1% y el 3,2% para niñas, según el estudio que se consulte. Para los trastornos de la conducta en adolescentes, la prevalencia varía entre un 1,5% y un 3,4%. La prevalencia parece ser mayor en zonas urbanas y en clases sociales bajas.

La adolescencia es el periodo crítico de presentación del problema, aunque la media de inicio se encuentra sobre los 11 años. Es más probable que los individuos con trastorno disocial de inicio en la infancia desarrollen un trastorno antisocial en la edad adulta que en los que el inicio se fecha en la adolescencia.

Los trastornos más comunes en la salud mental infantil y juvenil son el **trastorno por déficit de atención e hiperactividad** (TDAH), el **trastorno negativista desafiante** (TND) y el **trastorno disocial** (TD).

El *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) es un trastorno bastante frecuente (algunos estudios dan cifras de hasta del 20% de los niños en edad escolar) y es más frecuente en varones. Las causas no están claras, se han involucrado: factores genéticos, factores evolutivos, factores neurofisiológicos y factores psicosociales. La característica principal que lo define es una inatención manifiesta y persistente que provoca desviación de las tareas, dificultad para mantener la atención en tareas académicas o recreativas, desorganización de la vida cotidiana y mucha distraibilidad ante estímulos externos. El diagnóstico se puede hacer en la edad infanto juvenil o adulta, pero alguno de los síntomas tenía que estar presentes antes de los 12 años.

En segundo lugar, el *trastorno negativista desafiante* (TND) implica que en ocasiones los niños y/o adolescentes muestran un patrón de comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir sus responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos, lo que crea dificultades en varios contextos durante los últimos 6 meses o más. Además, hasta el 40% de los niños con TDAH presentan TND en situación de comorbilidad.

En tercer lugar, en el *trastorno disocial* (TD) existe un patrón de comportamiento antisocial que vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo sintomático, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la relación que existe entre los *trastornos del comportamiento y el consumo de tóxicos*. Se observan más conductas de consumo en pacientes con TD y los efectos que produce incluyen el agravamiento del problema y la dificultad en la intervención terapéutica. También, hay que reseñar que los

niños con problemas de la conducta graves tienen, cuando lleguen a adultos, más probabilidades de abusar de drogas, sufrir ansiedad o depresión, etc.

Como mencionamos anteriormente, las **drogas** son “aquellas sustancias que administradas al organismo, por cualquier vía, son capaces de provocar cambios en la

conducta, producir efectos perniciosos para la salud y para el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que pueden modificar una o más funciones del organismo” (Ley 9/1998, de 22 de julio sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias).

Tipos de drogas: tabaco, alcohol, hachís, marihuana, cocaína, heroína, psicofármacos estimulantes (anfetaminas), éxtasis, LSD, Inhalantes (cola, pegamento) y psicofármacos depresores (barbitúricos, tranquilizantes, hipnóticos).

Drogas legales: tabaco y alcohol.

Dependencia/Adicción: la OMS la define como “necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse mejor o para no sentirse mal”.

Dicha dependencia establece con el tiempo la necesidad de consumir más sustancias, creando una costumbre y una demanda excesiva sobre esta, por lo que al dejar de tomar dichos estupefacientes aparecerán síntomas de malestar físico y emocional. Este malestar se llama Síndrome de Abstinencia, más conocido como “mono”.

Cuando una persona es dependiente de una droga, podemos decir que tiene una adicción.

El consumo en personas con discapacidad intelectual (DI)

La Discapacidad Intelectual (DI) es caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Organización Mundial de la Salud).

A pesar de que las personas con DI pueden llegar a consumir todo tipo de sustancias, la mayoría de las investigaciones encuentran que las personas con DI

consumen, sobre todo, drogas legales como alcohol y tabaco (Chaplin, Gilvarry y Tsakanikos, 2011; Van Duijvendobe et al., 2015). También encuentran casos de juego patológico entre las personas con DI. Algunas investigaciones afirman que las personas con DI tienen menores tasas de consumo y abuso de sustancias que aquellas que no tienen discapacidad (Coco y Harper, 2002). También encuentran que las personas con DI consumen menos cantidad por ocasión de consumo (Pack, Wallander y Browne, 1998). Este consumo suele darse en un contexto social, en lugares de ocio.

Se reconoce que las personas con DI son un grupo de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de sustancias, debido principalmente a que las consecuencias del abuso en este grupo son muy negativas (Van Duijvenbode y colaboradores, 2015). Se evidencia que estos jóvenes se enfrentan al menos al mismo riesgo de daños causados por el abuso de sustancias como los otros jóvenes sin DI. Tanto las sustancias consumidas, como los patrones de consumo y la edad de inicio del consumo de las personas con DI es distinta a la encontrada en población general, debido a que comienzan más tarde y consumen menos cantidad.

¿Qué les motiva a consumir?

La motivación para el consumo puede estar relacionada con la socialización y la facilidad de integración. El consumo de alcohol en personas con DI puede funcionar como forma de superar la exclusión social y llegar a ser participantes de pleno derecho en su comunidad, ya que responde más a un intento de integración que al placer percibido que se asocia con el consumo (Simpson, 2012).

Prevención e intervención

La prevención sobre drogas ha demostrado ser una de las maneras más eficaces de luchar contra esta enfermedad, sobre todo en aquellos colectivos vulnerables como son las personas con DI que pueden sufrir las consecuencias del consumo abusivo de drogas con mayor facilidad.

Debido a que este tema (drogodependencia en personas con DI) no ha sido prácticamente explorado en España junto con la escasas de referencias relacionadas con la literatura y la estadística de esta, hemos encontrado poca información sobre el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias para este colectivo.

Por lo tanto, no encontramos respuestas actuales a la pregunta de cómo deben ser los programas preventivos para la población con DI.

Por lo que, con toda la información expuesta anteriormente consideramos fundamental introducir en este contexto la importancia de la **protección de menores** la cual es entendida por el conjunto de actividades que, en el marco del sistema público de Servicios Sociales, tiene como finalidad prevenir, detectar y corregir situaciones de riesgo y desamparo, mediante la integración del menor en grupos naturales de convivencia, en condiciones básicas suficientes que posibiliten su participación en la vida familiar, económica, social y cultural y su desarrollo integral como persona. (Art. 45, Ley 12/2001 de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia de Aragón).

Los cambios sociales experimentados en nuestro país a lo largo de las últimas décadas son más que evidentes. Y a su vez, la posición jurídica del menor de edad ha experimentado una trascendental evolución en las últimas décadas. En España una persona va a ser tenida por menor de edad desde el momento de su nacimiento hasta que cumpla los dieciocho años de edad. Sin duda, ha sido un largo camino el que se ha tenido que recorrer para que la normativa actual española haya reconocido este interés como superior.

Como dispone la **Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores de la Comunidad Autónoma de Canarias** en su art. 4.2 a) el interés de los menores prevalecerá sobre cualquier otro concurrente. Por su parte, el art. 2 de la **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil** que, tras su reforma en el año 2015, es un extensísimo precepto, lleva a cabo la declaración del derecho del menor a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernen, tanto en el ámbito público como en el privado.

La Constitución Española establece la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y de los menores de edad, atendiendo a sus particulares circunstancias. Por otro lado, impone a los progenitores el deber de asistencia de todo orden a sus hijos menores de edad y en los demás casos que en derecho proceda.

Nos encontramos diferentes situaciones en las que la integridad física y mental del menor se encuentra amenazada, las cuales son:

La situación de riesgo que se plantea cuando a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos, de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar.

Por otro lado, *la situación de desamparo* se da ante el incumplimiento, el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Produciéndose ya situaciones de necesidad del menor de edad no atendidas, surge la obligación de las entidades públicas de llevar a cabo la atención inmediata que precise cualquier menor, que puede articularse en un primer momento y sin que haya previa declaración de desamparo ni solicitud expresa de los progenitores en dicho sentido, bajo su guarda provisional para atender a situaciones de urgencia. De ya encontrarse el menor en situación de desamparo, procede la asunción de la tutela automática, ex lege, sin dilación, para poder proteger así al menor.

Se entiende por *acogimiento familiar* a la plena participación del menor en la vida de la familia e impone a quien lo reciben las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral en un entorno afectivo. Podrá ser *especializado* o *profesionalizado*.

Y por último, el *acogimiento residencial*, siempre ha de llevarse a cabo en centros habilitados al efecto, se articula mediante un proyecto socio-educativo individual en pro del bienestar del menor, su desarrollo físico, psicológico, social y educativo. Esta medida es subsidiaria a la de acogimiento familiar, especialmente para menores de seis años.

Es importante hacer relevancia a la relación, y aún más en la actualidad, del mundo laboral y los menores, es decir, las facilidades o dificultades que se encuentran a la hora de conseguir la inserción laboral.

Habitualmente se habla de **inserción laboral** “para referirse al proceso de incorporación a la actividad económica de los individuos” (García Blanco y Gutiérrez

Palacios, 1996), no obstante, hay quien puntualiza que el propio término hace referencia a un hecho puntual, pero como resultado de un periodo de “transito” o proceso previo”, que se denomina “transición” (Ventura Blanco, 2005). Por lo tanto, entendemos que la inserción laboral es el proceso de conseguir un trabajo, pero que dada a las características del mercado laboral, requiere necesariamente de un proceso previo, es decir, un conjunto de acciones que haga efectiva esa inserción. Esto conlleva una situación de cierta estabilidad o permanencia en una ocupación, de manera que genera cierta autonomía económica y una probabilidad alta de poder mantenerla, (Donoso Vázquez y Figuera Gazo, 2007).

Las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso en nuestra sociedad, manteniendo habitualmente unas conocidas condiciones de exclusión. Este hecho ha comportado la restricción de sus derechos básicos y libertades condicionando su desarrollo personal, así como el disfrute de los servicios y recursos disponibles para toda la población y la capacidad para contribuir con sus capacidades al progreso de la sociedad.

El Empleo con Apoyo se define como: “Sistema de apoyos a las personas con discapacidad u otros grupos en riesgo de exclusión social, para que consigan mantener un empleo en el mercado laboral abierto. El apoyo debe darse antes, durante y después de obtener un contrato laboral, incluyendo, además los apoyos al empresario y teniendo como punto clave en todo el sistema, la figura del Preparador Laboral”. (European Union of Supported Employment. EUSE 2011).

Según el Servicio Canario de Empleo, en cuanto a la inserción laboral con personas con discapacidad, se impulsa y desarrolla una serie de medidas que buscan promover la igualdad de oportunidades, suprimiendo los obstáculos que dificultan la integración de este colectivo. Entre las iniciativas y servicios más destacados en este ámbito en la Comunidad Autónoma de Canarias, se encuentran las siguientes:

- Programas de incentivos a empresas para la inserción de personas con discapacidad en el mercado ordinario.
- Calificación y fiscalización de Centros Especiales de Empleo, entidades que tienen como finalidad el proporcionar un empleo remunerado a las personas con

discapacidad, prestarles los servicios de ajuste personal y social que requieran e insertarlas en el mercado ordinario.

- Programas de ayudas para la inserción laboral de personas con discapacidad en Centros Especiales de Empleo.
- Autorización y control de las medidas alternativas a la obligación, que tienen las empresas de 50 o más trabajadores, de reservar el 2% de los puestos de trabajo a personas con discapacidad.

Por otro lado, hacemos mención de otros programas que colaboran en la mejora de este colectivo vulnerable, los cuales son:

- ✓ **Funcasor** (Fundación Canaria de Personas con Sordera) programa cofinanciado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con cargo a la convocatoria de la asignación tributaria del IRPF 2018 y promovido por la Asociación Española de Empleo con Apoyo (AESE) como entidad organizadora, que tiene como objetivo la creación y el mantenimiento del empleo de las personas con discapacidad y especiales dificultades de inserción, en las empresas del mercado ordinario de trabajo.
- ✓ **Incorpora de “La Caixa”**, A través del programa se fomenta la responsabilidad social corporativa en las empresas para transmitir el valor que tiene emplear a colectivos desfavorecidos.
- ✓ **Opción 3** cuenta con el Programa de Experiencia Vocacional en la Empresa (EVE) que ofrece prácticas no remuneradas en empresa y sirve de antesala a la inserción laboral. También se desarrolla un seguimiento y orientación laboral con los menores. Por otro lado, el Proyecto Cercanías es también de carácter preventivo, se basa en el apoyo pre-laboral y tiene como destinatarios a aquellos jóvenes con problemas de integración. El objetivo del proyecto es guiar, formar y acompañar a los adolescentes en su proceso de acercamiento al mundo laboral.
- ✓ **Asociación de Acción Sociocomunitaria SUMAS**. Esta entidad ofrece un Proyecto de Intervención Ambulatoria para dar una respuesta de atención especializada a los menores que, por diversas circunstancias, lo requieren y éstas no pueden ser satisfechas con el modelo de funcionamiento general de sus hogares o recursos. A su vez, ofrecen Acogimiento Familiar que se ofrece como una medida excepcional para procurar las atenciones y cuidados que en ese momento

no pueden recibir su entorno biológico, evitando de esta manera que estos niños y niñas, que han de ser separados de sus padres ingresen en centros y hogares de menores. Por otro lado, se encuentra el programa Súmate que se define como un Servicio Especializado de Apoyo y Desarrollo a jóvenes que han sido o están siendo tutelados por las Dirección General de Protección a la Infancia y Familia (en adelante DGPIF), con edades comprendidas entre 17 años y medio y los 21 años; en algunos casos esta edad se puede elevar hasta los 24 años, siempre que esté motivada dicha intervención. Estos jóvenes deben presentar una discapacidad intelectual, física y sensorial, enfermedad mental, dificultades comportamentales y problemas de adaptación social. Todo la Intervención Integral de Apoyo y Desarrollo de este servicio se orienta a la Integración Laboral de los y las jóvenes que participen en el Programa. Súmate tiene como ámbito de actuación la CC. AA de Canarias, por tanto, tiene presencia en las 7 Islas. Y, por último, ofrecen formación gratuita con cursos, talleres, y seminarios con el objetivo de mejorar su integración social.

Ya que hablamos de menores e inserción laboral, es importante mencionar **la emancipación**. La emancipación es toda aquella acción que permite a una persona o a un grupo de personas acceder a un estado de autonomía por cese de la sujeción a alguna autoridad o potestad. Es decir, la liberación de cualquier clase de vínculo de subordinación o dependencia de una cosa frente a otra. Así, la emancipación puede asociarse a la recuperación de la libertad, la potestad o la soberanía para tomar decisiones, actuar, y determinar el destino propio.

La **Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda del Gobierno de Canarias** oferta a los menores que cumplen la mayoría de edad en los centros de protección canarios, un conjunto de programas dirigidos a facilitar su emancipación y su transición hacia la vida adulta.

A través de estos programas, se busca acompañar a los jóvenes en su proceso de obtención de su autonomía económica, por lo que, no sólo se le ofrece un acompañamiento técnico, a través de un equipo multidisciplinar que trabaja en el día a día con ellos, si no que se les pone a su disposición, por ejemplo, plazas en pisos tutelados. El **objeto**, en definitiva, es favorecer la autonomía de los jóvenes, muchos de ellos en

situación de conflictividad social, con respecto a la cobertura de sus necesidades físicas, emocionales, culturales y laborales.

Tras haber tratado todos los temas anteriormente mencionados, como han sido, la discapacidad, menores, inserción laboral, programas de emancipación, salud mental, adicciones y trastornos de la conducta consideramos necesario mencionar un último tema fundamental para nuestra profesión, dicho tema es **la oxitocina**, para apoyar este término nos hemos guiado del libro escrito por Iñigo Martínez de Mandojana Valle titulado ``Profesionales portadores de oxitocina`` que se basa en los buenos tratos profesionales. Dicho libro es una invitación a cruzar un puente al mundo de la reflexión, al mundo de los pequeños detalles, de las pequeñas cosas, al mundo de los buenos tratos profesionales. Un mundo en el que lo más importante son las relaciones y las personas, cita el autor textualmente.

En primer lugar, debemos saber que la oxitocina ``es una hormona producida por lo núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis``. La oxitocina es la responsable de la modulación de conductas destinadas al cuidado y bienestar del otro. Se ha demostrado que la oxitocina aumenta la empatía, facilita la conducta prosocial y ayuda a acomodarse a las personas.

Hablar de oxitocina es hablar de **buenos tratos**, los cuales atienden a la capacidad de las personas para facilitar los procesos de maduración que permiten unas condiciones de desarrollo de personalidad suficientemente adecuadas para ajustarse al medio, tener un comportamiento constructivo hacia sí mismos y hacia los demás. Hablar de buenos tratos es hablar del bienestar de las personas.

La calidad de nuestras relaciones va a marcar el devenir de cómo nos enfrentamos al mundo y a todos sus componentes. Por lo tanto, lo que busca el autor es concienciar a los profesionales y familiares de la importancia e influencia que tienen los buenos tratos en el día a día. Un libro en el que a lo largo de siete capítulos hemos podido navegar entre teorías, investigaciones y evidencias a la vez que hemos reflexionado sobre los casos expuestos (acompañamientos, resiliencia, experiencias cristalizadoras, trabajo con fortalezas, regulación emocional, el amor que cura, cómo sintonizar con el dolor de otro...) con un único objetivo: favorecer y promocionar el desarrollo de relaciones que posibiliten.

OBJETIVOS

A continuación, se encuentran los objetivos de este trabajo de investigación, dividiéndolos: general y específicos.

❖ OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar un perfil descriptivo de los y las jóvenes que han participado en el programa Súmate durante los años 2018 y 2019.

❖ OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ampliar la base de datos existente dentro del programa Súmate incluyendo nuevas variables.
- Dentro de la base de datos hacer comparaciones y relaciones entre las diferentes variables.
- Hacer una comparativa sobre el proceso de transición a la vida adulta de los y las jóvenes Extutelados de las provincias de Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria.

MÉTODO

A continuación, se detallará la metodología que se utiliza en el siguiente trabajo de investigación. Este se constituye en diferentes apartados que son: participantes, instrumentos y definición de variables medidas, procedimiento, diseño y plan de análisis.

PARTICIPANTES

En el siguiente estudio de investigación de tipo cuantitativo-cualitativo, en el que se ha elaborado un perfil descriptivo, los participantes de dicha investigación han sido los y las jóvenes que han participado en el programa Súmate en los años 2018 y 2019.

INSTRUMENTOS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES MEDIDAS

Los instrumentos que hemos utilizado para la realización del perfil descriptivo han sido, en primer lugar, la base de datos de la asociación para realizar una lectura previa de los 88 casos que se han estudiado, en segundo lugar, el Excel transformado e integrado toda la información desglosándola en 26 variables. Finalmente, hemos utilizado un programa de explotación de datos llamado SPSS.

VARIABLES

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Adicciones
- ✓ Adicciones - Con sustancias
- ✓ Si tiene o no certificado de Discapacidad
- ✓ Si tiene o no indicios de Discapacidad
- ✓ Tipos de Diversidad Funcional
- ✓ Si tiene o no Trastorno de la conducta
- ✓ Si tiene o no problemas de Salud Mental
- ✓ Si tiene o no medicación

- ✓ Uso adecuado de la medicación
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Nivel formativo
- ✓ Habilidades Prelaborales
- ✓ Trabajo
- ✓ Habitabilidad
- ✓ Si tiene o no redes de apoyo
- ✓ Si tiene o no apoyo familiar
- ✓ Tipos de familia
- ✓ Fecha Activo Programa
- ✓ Otros recursos
- ✓ Fase del programa en la que se encuentra
- ✓ Fecha de Baja
- ✓ Motivo de salida del programa
- ✓ Observaciones

PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS

Para la recogida de datos, se utilizó la herramienta del Programa Excel, el cual se denominó “Perfil Súmate (Base de datos)”, donde se ha hecho una ampliación y adaptación mejorada del documento ya existente incluyendo nuevas variables. Para comenzar con la investigación tuvimos que hacer búsqueda exhaustiva de los diferentes perfiles que han pasado por el programa Súmate desde su inicio (2018-2019). Una vez encontrada dicha información se desglosó en el Excel de forma cuantitativa cumplimentando dichas variables. Una vez terminado el Excel consideramos necesario la utilización del programa de explotación de datos llamado SPSS para conseguir un análisis más concreto de los resultados y poder realizar comparativas entre ellas.

DISEÑO

El diseño que hemos llevado a cabo en la investigación ha sido cuantitativa-cualitativa.

La investigación o metodología cuantitativa es el procedimiento que busca cuantificar los datos y en general aplicar alguna forma de análisis estadístico señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística. En este caso la parte cuantitativa ha sido la realización del Excel ya que hemos desglosado todos los datos en 26 variables para posteriormente utilizar el programa de explotación de datos SPSS con el que hemos conseguido fundamentos más concretos, porcentajes y comparaciones entre dichas variables.

Por otro lado, la investigación o metodología cualitativa es el tipo de método de investigación de base lingüístico- semiótica usada principalmente en ciencias sociales. Se suele considerar técnicas cualitativas todas aquellas distintas a la encuesta y al experimento. En este caso la parte cualitativa ha sido la redacción de los resultados anteriormente conseguidos con el programa SPSS para finalmente poder llegar a la conclusión de la investigación.

RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la investigación siguiendo la misma estructura metodológica del programa Excel que se ha utilizado y explicado en el apartado anterior.

Teniendo en cuenta los 88 chicos y chicas que se han investigados en el programa Súmate durante 2018-2019 y atendiendo a la variable “Sexo”, se puede ver claramente como existe una gran diferencia entre los hombres (70,5%) frente a las mujeres (29,5%). En relación con la edad, se puede observar que la media del perfil de los chicos y chicas que han pasado por el centro es de 19 años.

A continuación, analizamos los resultados obtenidos de la variable “Adicciones con sustancia y sin sustancia”. En cuanto al porcentaje de chicos que no consumen sustancias es de un 48,9% frente a un 35,2% que si consume algún tipo de estupefaciente. Por otro lado, vemos que las drogas más comunes en este colectivo son el Tabaco con un 31,8% y el Cannabis con un 22,7%.

Si observamos los resultados obtenidos por el SPSS, podemos ver que el 54,4% sí disponen de certificado de discapacidad y que el 45,6% de los jóvenes no lo tienen a su disposición. Por otro lado, existe un pequeño porcentaje de un 5.7% que muestran indicios de discapacidad pero no lo tienen reconocido.

En cuanto al perfil de los jóvenes de la entidad, podemos observar que la diversidad que más predomina entre los chicos/as con estas características es la discapacidad intelectual con un 34,1%.

Si estudiamos la variable “Trastorno de Conducta”, podemos ver que casi la mitad de los casos de chicos/as analizados presentan algún tipo de trastorno, para ser exactos un 47,7%. Por otro lado, observamos que el 43,2% no tienen y que un 9,1% se desconoce.

En cuanto a la variable “Salud Mental”, observamos que el 50% de los jóvenes no presentan enfermedades, es decir, la mitad de los casos analizados y estudiados. Por otro parte, podemos ver que 26,1% sí padecen de algún tipo de enfermedad y el 23,9% se desconoce. En relación al tema, vemos que el 58% tienen medicación pautada y que el 42% no tienen. En cuanto a su uso adecuado, observamos que la mayoría no se toman bien la medicación (44,6%) frente a un 40% que si se la toman adecuadamente. El 15,4% se desconoce.

Si analizamos el nivel educativo de los chicos y las chicas que han pasado por la entidad, podemos ver que el porcentaje más alto coincide con que la mayoría han acabado la ESO, para ser exactos, un 41,8%. Por otro lado, vemos que el 29,1% tienen estudios primarios, que el 21,8% de los menores no tienen ningún tipo de estudio y que el 7,3% ha obtenido la titulación de Bachillerato.

Si nos fijamos en el nivel formativo de estos jóvenes, podemos ver que el 66,6% tienen algún tipo de formación, ya sea Ciclo Medio (4,9%), Ciclo Superior (1,2%), FP Básico (27,2%), Formación Adaptada (8,6%) y otras formaciones (24,7%) frente al 33,3% que no tienen formación alguna. En cuanto a las habilidades prelaborales de estos chicos/as, vemos que la mayoría tienen experiencia laboral (25%), por lo que el 11,4% de los casos han elaborado un CV y el 6,4% han acudido a entrevistas. Por otra parte, podemos destacar que un 8% han tenido la oportunidad de poder participar en un voluntariado.

Con respecto al trabajo, los resultados son bastante significativos ya que existe una gran diferencia entre porcentajes, siendo el 94,3% desempleados frente al 5,7% de personas que están en activo.

Dentro de la habitabilidad, tenemos numerosas variables, en primer lugar, nos encontramos con que 30 del total de personas (88 es el total de personas) viven en el domicilio familiar, formando así un 34,1%. En segundo lugar, 11 personas son las que viven junto a su familia extensa, es decir, un 12,5% del total. Por otro lado, hacen uso de recursos alojativos un 31,8% del total, esto son, 28 personas de las 88 totales. Seguidamente, nos encontramos con la variable que menos porcentaje presenta, la cual se refiere a las personas que viven en la calle, que solo equivale al 1,1%. Por otro lado, un 9,1% del total son okupas y eso corresponde a 8 personas. Finalmente, un 5,7% del total han llegado a emanciparse, es decir, 5 personas.

Si hablamos de apoyo familiar podemos observar que 43 de las 88 personas lo tienen, es decir, un 48,9%. Por otro lado, si hablamos de redes de apoyo externas a la familia observamos que un 21,6% lo disfrutan frente a un 27,3% que no lo tienen y un 51,1% que se desconoce.

Cuando mencionamos los tipos de familia, nos encontramos con diferentes variables. En primer lugar, la familia nuclear que la forma un 5,7%, es decir, 5 personas del total. En segundo lugar, la familia monoparental/monomarental que la constituyen un 14,8%. Por otro lado, nos encontramos con la familia adoptiva que la forman 7 personas, es decir, un 8% del total. Un 12,6% del total tienen padres separados y un 15,9% tienen una familia compuesta. Con respecto a la familia homoparental no se encontraron casos. Por último, la familia extensa es la que más porcentaje presenta con un 23,9% del total, es decir, 21 personas del total.

Las fases del programa se dividen en 6. Comenzamos con la llegada al servicio, en esta fase se encuentra únicamente un caso, seguimos con la fase de valoración y acogida en la que se encuentran 3 personas, es decir, un 3,4%. En tercer lugar, nos encontramos con la fase diagnóstico que la conforman el 12,5% del total. Por otro lado, nos encontramos con la fase de la implementación del PAD en la que se encuentran presentes 22 personas que son un 25% del total. Continuamos con la fase de evaluación y seguimiento que la componen el 37,5% y esto equivale a 33 personas del total. Por último, nos encontramos con la fase de salida y post acompañamiento que la forman el

9,1%. A pesar de lo mencionado anteriormente, hay 10 casos en los que se desconoce la fase en la que se encuentran.

Finalmente, nos encontramos con los motivos de salida del servicio, los cuales son que han logrado la inserción laboral con un 4,5%, que han finalizado la intervención con un 45,5%, es decir, 10 personas. También se da el caso de la baja por incumplimiento que lo forman un 31,8% o baja voluntaria que lo forman un 13,6%. Finalmente el porcentaje de salidas del programa por “otros” es del 4,5%. Dentro de los motivos de salida del programa, encontramos la variable de que han conseguido la inserción laboral, dentro de ella encontramos que, 11 personas han logrado un periodo laboral, es decir, un 12,5%, 1 persona ha logrado dos periodos laborales, es decir, un 1,1%, 3 personas han logrado dos periodos laborales y 1 persona ha logrado seis periodos laborales.

Una vez analizados todos los resultados, hemos realizado una serie de comparaciones. Por ejemplo, comenzamos con la relación entre sexo y nivel educativo, debemos tener en cuenta la diferencia entre la cantidad de hombres (62 casos) y mujeres (26 casos) dentro de Súmate. Podemos observar que el número de hombres que han realizado la primaria es de 13 personas y mujeres únicamente 3. Han realizado la Secundaria Obligatoria (ESO) 13 hombres y 10 mujeres, el Bachillerato, 1 hombre y 3 mujeres. Y finalmente con respecto a los que no tienen ningún nivel educativo se observa que hay 10 hombres y solamente 2 mujeres.

Otra comparación es la de sexo y adicciones en la que se puede apreciar la notable diferencia entre hombres y mujeres ya que 27 hombres si presentan algún tipo de adicción y en cambio con respecto a las mujeres solo presentan adicción 4. Cabe destacar que son más las personas, tanto hombres como mujeres, que no presentan adicciones que las que sí, ya que 31 son las personas que la presentan y 43 las que no. También es importante mencionar que 14 personas del total se desconoce si presentan o no alguna adicción (10 hombres y 4 mujeres).

También podemos observar la comparativa entre sexo y certificado de diversidad funcional. Podemos observar que son 30 hombres los que si presentan certificado de 53 totales y 13 mujeres las que si lo presentan de 26 totales. En comparación podemos observar que disponen del certificado de diversidad funcional más hombres que mujeres.

Por otro lado, en cuanto a la relación que tienen las variables “Certificado Diversidad Funcional” y “Adicciones” podemos ver que dentro del 54,4% de los menores

que sí tienen certificado de discapacidad, 16 consumen algún tipo de sustancia y 20 no. Por otro lado, vemos que del 45,6% que no tienen certificado de Diversidad Funcional, consumen algún tipo de drogas 12 chicos/as y no consumen ninguna 20 chicos/as.

Y una última comparación que podemos analizar entre variables es “Certificado Diversidad Funcional” y “Nivel Educativo”. Observamos que los menores que sí tienen certificado de discapacidad, 10 tienen la educación primaria, 10 la ESO, 1 bachillerato y 3 no tienen ningún tipo de estudio. Por otra parte, vemos que las personas que no tienen certificado Diversidad Funcional, 4 solo tienen la primaria, 12 la ESO, 3 bachillerato y 5 personas carecen de estudios.

DISCUSIÓN

Una vez analizados los datos se realiza una comparación de los resultados con el Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados en la provincia de las Palmas de Gran Canaria y el Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Teniendo en cuenta que el principal objetivo de la investigación ha sido desarrollar un perfil de los y las jóvenes que han participado en el programa Súmate durante los años 2018 y 2019.

En primer lugar, comenzamos comparando el Informe de Las Palmas de Gran Canaria con los resultados que hemos obtenido de nuestra investigación. En el Informe de Las Palmas de Gran Canaria observamos que el rango de edad de los jóvenes Extutelados es de 22 años con un 97,2% mientras que en Súmate la edad media es de 19. Por otro lado, nos encontramos con una serie de datos que aunque no puedan ser comparados, ya que en Súmate no se han investigado consideramos que es importante conocerlos, como es, que el 60% de los y las jóvenes no supera más de 3 años en situación de acogimiento y que el 75% mantuvo más de un contacto con un centro o familia. A su vez, más de la mitad de los y las jóvenes no mantiene en la actualidad ningún tipo de contacto con los educadores o exacogentes. A continuación, mencionamos la habitabilidad de los y las jóvenes, en este apartado se encuentran similitudes entre en Informe y la investigación realizada en Súmate, ya que en el Informe se menciona que prácticamente dos tercios viven con su más familia más cercana o con algún familiar más

alejado y sucede lo mismo en el programa Súmate, aunque si es cierto que en Súmate también es bastante relevante la presencia de los recursos alojativos. En cambio, en el Informe aparece que casi el 25% de jóvenes llega a emanciparse, mientras que en Súmate no supera el 6% (5,7% exactamente). Otro dato con el que se presencia bastantes diferencias es cuando hablamos de redes de apoyo, debido a que en el Informe se manifiesta que más del 94% tienen a alguien de confianza a quien acudir ante cualquier problema y por el contrario, en Súmate solamente cuentan con redes de apoyo un 21,6%. En el caso del nivel educativo, los datos del Informe y del programa son bastante similares, siendo la situación de las mujeres mucho mejor, prácticamente la mitad tiene la ESO terminada y en los hombres este porcentaje no llega ni al 25%. En sintonía con lo anterior, según el Informe, prácticamente el 80% de los y las jóvenes no trabajan en la actualidad, es bastante similar a los datos de Súmate ya que no trabajan un 94,3% frente al 5,7% que está en activo. Hablamos de que casi el 60% ni trabaja ni estudia. Por último, observamos en el Informe que más de un tercio declaran tener algún problema crónico, en Súmate este porcentaje es bastante más elevado, ya que presentamos un 26,1% de personas con problemas de salud mental, un 47,7% de personas con algún trastorno de la conducta y un 42% de persona con algún tipo de diversidad funcional.

Algunos otros datos que se mencionan en el Informe y son importantes aunque no puedan ser comparados son que ninguno de los jóvenes entrevistados para la realización del Informe manifiesta tener hijos frente a casi un tercio de mujeres que si manifiestan tener hijos a cargo. Y por otro lado, nos encontramos con el dato de que solo el 40% manifiesta tener algún tipo de ingreso pero normalmente suelen ser de tipo social, prestaciones sociales, ayudas familiares, becas, etc. Con un sueldo solo cuenta el 18,6%.

En cuanto al “Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados en la provincia de Santa Cruz de Tenerife”, hemos analizado y comparado algunas cuestiones con el fin de elaborar una discusión constructiva para nuestra investigación. A modo de comparación, hemos podido ver que el rango de edad de los jóvenes extutelados en Tenerife es de 22 años con un 98,3%, mientras que en Súmate el promedio es de 19 años. Por otro lado, hemos creído conveniente resaltar algunos datos importantes dentro del informe, que aunque no exista comparación con la investigación que hemos realizado en Súmate, es de real importancia. Un primer dato destacable es que, junto al hecho de que más del 88% de los encuestados tenga menos de 22 años, el que el 83% abandonara el sistema de protección con más de 16 años. Por otro lado, destacamos

que el hecho de que casi la mitad de los encuestados manifieste no mantener ningún contacto con los educadores, y menos de un 7% los identifica como figura de apoyo. Si unimos este dato con que un 20% de los jóvenes tinerfeños manifiestan que no tienen a nadie como figura de apoyo, podemos asemejar como comparación que en la asociación Súmate el 27,3% de los menores tampoco cuenta con redes de apoyo. Otros datos a destacar son los resultados académicos. En el informe nos explica que el 60% no han finalizado la educación obligatoria, y solamente el 10% ha obtenido una titulación superior a la ESO (bachillerato o algún ciclo de formación profesional), por lo que, en comparación con Súmate el 70,9% ha cursado primaria o la ESO y solo el 7,3% llega a Bachillerato. Cabe destacar que en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, uno de cada cuatro jóvenes entrevistados se encuentra estudiando en la actualidad. En relación con la situación académica, parece estar la situación laboral. Entre los jóvenes tinerfeños de Santa Cruz, solamente un 30% afirma tener un tipo de trabajo. En comparación con la entidad, Súmate contempla con un 94,3% de jóvenes sin trabajo y un 5,7% se encuentran activos en la actualidad. Esta mala situación laboral se relaciona estrechamente con la situación económica. Recabando datos del informe, un 46,7% afirma no tener ningún tipo de ingreso, y de los que sí afirman tenerlos, para más del 80% dichos ingresos son inferiores a los 800€ mensuales.

Para finalizar dicha discusión, hemos creído conveniente nombrar algunas mejoras que nos ofrece el informe con el objetivo de tener claras las ayudas en el proceso de transición a la vida adulta:

1. En primer lugar, es necesario disponer de una base de datos adecuada que permita realizar seguimientos de los jóvenes extutelados, y así poder detectar necesidades y valorar las actuaciones de ayuda en los diferentes casos.
2. Un segundo aspecto a mejorar dentro de este colectivo es el nivel educativo. Estamos ante una situación alarmante, con un índice de abandono y fracaso escolar muy grande. Como mejora, es necesario que el propio sistema de protección afronte el problema planteando ideas que activen un trabajo en red con otras administraciones, sobre todo las educativas.
3. En relación a lo anterior, el apoyo para mejorar la inserción sociolaboral requiere trabajar de manera coordinada con otras administraciones, en este caso las responsables de empleo.

4. Otra recomendación es dar visibilidad y continuidad a la figura de los educadores y técnicos como adultos de referencia y apoyo para los menores que abandonan el hogar.
5. Por último, replantear y estudiar con detenimiento el papel de las familias ante este colectivo.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, tras haber realizado la investigación y la explotación de los datos de la base de datos de Súmate, podemos ver que existen diferencias entre las variables que hemos estudiado, destacando las siguientes:

1. En primer lugar, se puede observar que en la variable sexo existen una notable diferencia entre porcentajes, siendo el hombre un 70,5% frente a las mujeres con un 29,5%. Ello implica que la muestra utilizada y la discusión planteada en este TFG, nos lleve a afirmar que siguen siendo más varones que mujeres los que engrosan las listas de emancipación en Canarias.
2. En segundo lugar, analizando los datos obtenidos de la variable adicciones con sustancias, vemos que las drogas que predominan entre los y las jóvenes son el tabaco con un 31,8% y el cannabis con un 22,7%. Estos datos, manifiestan las complejidades en los procesos de intervención con los perfiles multicausales con los que trabajamos. Por otro lado, estos datos indican el nivel de especialización que debe tener el equipo y los itinerarios metodológicos a seguir.
3. Por otro lado, se puede observar que la discapacidad más común dentro del programa Súmate es la discapacidad intelectual con un 34,1%. Con este dato, podemos indicar la importancia y la necesidad de trabajar con el Modelo de Buenos Tratos.
4. En cuanto al porcentaje de jóvenes con trastornos de conducta equivale a un 47,7%, lo que hace pensar que nos hace validar que la intervención con este grupo de jóvenes se haga desde un enfoque multidisciplinar, trabajando las áreas psicológica, social, educativa sanitaria y laboral.
5. A continuación, destacamos que el 58% tienen medicación pautada y que el 42% no tiene. En relación a la importancia de la toma de medicación y seguimiento adecuado, observamos que la mayoría no hacen un uso adecuado de la medicación

- (44,6%) frente a un 40% que si tienen un uso responsable. Esto nos indica que los acompañamientos en los contextos cercanos ayudan a mantener una buena situación de compensación.
6. Si analizamos el nivel educativo de los chicos y chicas, vemos que el perfil que más se repite dentro de la asociación, coincide con que la mayoría han acabado la ESO (41,8%).
 7. En cuanto al nivel formativo, observamos que más de la mitad de los y las jóvenes tienen algún tipo de formación, para ser exactos un 66,6% frente al 33,3% que no tienen formación alguna. Por otro lado, si hablamos de habilidades prelaborales debemos destacar que el 75% de los y las jóvenes acceden al programa sin una experiencia laboral previa.
 8. Dentro de la habitabilidad, se observa que los porcentajes más altos y que más se repiten son los y las jóvenes que viven en el domicilio familiar formando así un 34,1% y los recursos alojativos con un 31,8%.
 9. Es de real importancia mencionar que en el proceso del programa han logrado obtener algún periodo laboral 11 personas, es decir, un 12,5% del total.
 10. Si analizamos las relaciones entre las variables sexo y nivel educativo, podemos ver que existen diferencias entre la cantidad de hombres, 62 casos, de los cuales 27 tienen algún tipo de estudios, frente a las mujeres que son 26 casos, de las cuales 16 tienen estudios. Por lo tanto, podemos decir que analizando los resultados, se puede ver que las mujeres presentan un mayor rendimiento que los hombres ya que más de la mitad de mujeres tienen estudios en comparación a los hombres.

En definitiva, podemos concluir por los resultados obtenidos de la investigación, que el perfil descriptivo de los y las jóvenes del programa Súmate se basa en: un joven masculino, de 19 años de edad que no tiene problemas con las adicciones. Que presenta algún tipo de discapacidad intelectual, trastorno de conducta o salud mental, teniendo en vigor el certificado de diversidad funcional. Por otro lado, tendrá algún tipo de medicación aunque su uso no sea el adecuado. Con respecto al nivel educativo, tiene la ESO y no tiene ningún tipo de experiencia laboral. En cuanto a la habitabilidad, vive en el domicilio de sus padres, su familia es extensa pero presenta escaso apoyo familiar y carece de redes de apoyo. Para finalizar, podríamos decir que

este perfil se encuentra entre la fase de implementación del PAD y Evaluación y Seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. Salamanca: Grado en Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <file:///D:/Descargas/Dialnet-Esquizofrenia-4018442.pdf>

American Academy of Pediatrics, 2019. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Paginas/Intellectual-Disability.aspx>

Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud. Gobierno de Canarias. Recuperado de: https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/discapacidad/centros_ocupacionales/

El problema de la emancipación juvenil española. (2015). [Blog]. Disponible en: <https://www.fad.es/planetajoven/el-problema-de-la-emancipacion-juvenil-espanola/>
[Consultado el 3 de Diciembre de 2019]

Garcés, E. (mayo, 2010). Trabajo Social en salud mental. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario. Disponible en: <file:///D:/Descargas/8335-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8416-1-10-20110531.PDF>

Gobierno de Canarias. Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados en la provincia de las Palmas de Gran Canaria. (Diciembre, 2016)

Gobierno de Canarias. Informe sobre el proceso de transición a la vida adulta de los jóvenes Extutelados en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. (Diciembre, 2016).

Iñigo Martínez de Mandojana Valle, (septiembre, 2017), Profesionales portadores de Oxitocina. Los buenos tratos profesionales. España, María Isabel Tabuena Borobia.

Jordan, F., Huete, A. y Vergudo, M. (2014). Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad. Salamanca: Univerddidad de Salamanca. Disponible en: <file:///D:/Descargas/13005-Texto%20del%20art%C3%ADculo-53229-3-10-20140724.pdf>

La Provincia (2007). El Gobierno de Canarias potencia los programas de emancipación. [Internet] p.1. Disponible en: <https://www.laprovincia.es/portada/1518/gobierno-canarias-potencia-programasemancipacion-juvenil/99182.html> [Consultado el 3 de Diciembre de 2019].

Observatorio de Emancipación. Disponible en: <http://www.cje.org/es/publicaciones/novedades/observatorio-de-emancipacion/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

Plena Inclusión (Organización que representa en España a las personas con DI o del desarrollo). Recuperado de: <https://www.plenainclusion.org/discapacidadintelectual/que-es-discapacidad-intelectual>

Rández, M., Aguilar, R., Gutiérrez, M., y Vidal, A (enero, 2017). La prevención del consumo de drogas en personas con discapacidad intelectual evaluación de necesidades desde la perspectiva del profesional. Valencia: Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/vol-42/num-completos/v42n1_discapacidad.pdf

Rodríguez Hernández, P.J y Barrau Alonso, V.M. SEPEAD: Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/trastornos-del-comportamiento/>

Rodríguez, M. (octubre, 2018). Situación de la Infancia y la Familia en Canarias. Tenerife y Gran Canaria: Universidad de Tenerife y Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Soriano, N. y Barberá, B. (2016) Dependier no Mola. Guía Informativa sobre Adicciones. Valencia: Plena Inclusión Comunidad Valenciana. Recuperado de: <http://plenainclusioncv.org/wp-content/uploads/2016/02/guia-adicciones.pdf>

Standford Children's Health. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=conduct-disorder-in-children90-P05670>

Venadito, C. (febrero, 2019). Integración laboral de las personas con discapacidad. Madrid: Servicio Público de Empleo Estatal. Disponible en: file:///D:/Descargas/integracion_laboral_discapacidad.pdf

ANEXOS

Tablas y los datos explotados por el Programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS):

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	62	70,5	70,5	70,5
Válidos Mujer	26	29,5	29,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

Estadísticos

EDAD

N	Válidos	88
	Perdidos	0
	Media	19,05
	Mediana	19,00
	Moda	18
	Desv. típ.	1,721
	Mínimo	16

Máximo	24
--------	----

ADICCIONES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	31	35,2	35,2	35,2
No	43	48,9	48,9	84,1
Se desconoce	14	15,9	15,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

TABACO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	28	31,8	31,8	31,8
No	60	68,2	68,2	100,0
Total	88	100,0	100,0	

ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	88	100,0	100,0	100,0

CANNABIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	20	22,7	22,7	22,7
No	68	77,3	77,3	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HEROINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	88	100,0	100,0	100,0

COCAINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	88	100,0	100,0	100,0

DROGAS DISEÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	1	1,1	1,1	1,1
No	87	98,9	98,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

OTRASDROGAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	3,4	3,4	3,4
Válidos No	85	96,6	96,6	100,0
Total	88	100,0	100,0	

CERTIFICADO_DF

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	43	48,9	54,4	54,4
Válidos No	36	40,9	45,6	100,0
Total	79	89,8	100,0	
Perdidos Sistema	9	10,2		
Total	88	100,0		

INDICIOS_DISCAPACIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	5,7	5,7	5,7
Válidos No	83	94,3	94,3	100,0
Total	88	100,0	100,0	

DIV_MOTORA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	3	3,4	3,4	3,4
No	85	96,6	96,6	100,0
Total	88	100,0	100,0	

DIV_AUDITIVA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	88	100,0	100,0	100,0

DIV_VISUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	1	1,1	1,1	1,1
No	87	98,9	98,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

DIV_INTELLECTUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	30	34,1	34,1	34,1
No	58	65,9	65,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

DIV_COMBINADA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	3,4	3,4	3,4
Válidos No	85	96,6	96,6	100,0
Total	88	100,0	100,0	

TRASTORNO_CONDUCTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	42	47,7	47,7	47,7
Válidos No	38	43,2	43,2	90,9
Se desconoce	8	9,1	9,1	100,0
Total	88	100,0	100,0	

SALUD_MENTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	26,1	26,1	26,1
Válidos No	44	50,0	50,0	76,1
Se desconoce	21	23,9	23,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

MEDICACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	51	58,0	58,0	58,0
No	37	42,0	42,0	100,0
Total	88	100,0	100,0	

USO_ADECUADO_MEDI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	26	29,5	40,0	40,0
No	29	33,0	44,6	84,6
Se desconoce	10	11,4	15,4	100,0
Total	65	73,9	100,0	
Perdidos Sistema	23	26,1		
Total	88	100,0		

NIVEL_EDUCATIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Primaria	16	18,2	29,1	29,1
ESO	23	26,1	41,8	70,9
Bachillerato	4	4,5	7,3	78,2

	Ninguna	12	13,6	21,8	100,0
	Total	55	62,5	100,0	
Perdidos	Sistema	33	37,5		
	Total	88	100,0		

NIVEL_FORMATIVO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sin Formación	27	30,7	33,3	33,3
	Ciclo Medio	4	4,5	4,9	38,3
	Ciclo Superior	1	1,1	1,2	39,5
Válidos	FP Básico	22	25,0	27,2	66,7
	Formación Adaptada	7	8,0	8,6	75,3
	Otra Formación	20	22,7	24,7	100,0
	Total	81	92,0	100,0	
Perdidos	Sistema	7	8,0		
	Total	88	100,0		

H_P_Voluntariado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	7	8,0	8,0	8,0
Válidos	No	81	92,0	92,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

H_P_CV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	10	11,4	11,4	11,4
No	78	88,6	88,6	100,0
Total	88	100,0	100,0	

H_P_Entrevistas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	6	6,8	6,8	6,8
No	82	93,2	93,2	100,0
Total	88	100,0	100,0	

H_P_Practicas_no_Lab

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	4	4,5	4,5	4,5
No	84	95,5	95,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

H_P_Experiencia_Lab

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	22	25,0	25,0	25,0
No	66	75,0	75,0	100,0
Total	88	100,0	100,0	

TRABAJO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Activo	5	5,7	5,7	5,7
Desempleado	83	94,3	94,3	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_Padres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	30	34,1	34,1	34,1
No	58	65,9	65,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_FamiliaExtensa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	11	12,5	12,5	12,5

No	77	87,5	87,5	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_RecursosAlojat

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	28	31,8	31,8	31,8
No	60	68,2	68,2	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_Calle

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	1	1,1	1,1	1,1
No	87	98,9	98,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_Okupas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	8	9,1	9,1	9,1
No	80	90,9	90,9	100,0
Total	88	100,0	100,0	

HABITA_Emancipacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	5	5,7	5,7	5,7
Válidos No	83	94,3	94,3	100,0
Total	88	100,0	100,0	

REDES_DE_APOYO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	19	21,6	21,6	21,6
Válidos No	24	27,3	27,3	48,9
Válidos Se desconoce	45	51,1	51,1	100,0
Total	88	100,0	100,0	

APOYO_FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	43	48,9	48,9	48,9
Válidos No	45	51,1	51,1	100,0
Total	88	100,0	100,0	

FAMILIA_Nuclear

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

	Si	5	5,7	5,7	5,7
Válidos	No	83	94,3	94,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

FAMILIA_Monoparental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	13	14,8	14,8	14,8
Válidos	No	75	85,2	85,2	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

FAMILIA_Adoptiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	7	8,0	8,0	8,0
Válidos	No	81	92,0	92,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

FAMILIA_Padres_Separados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	11	12,5	12,6	12,6

	No	76	86,4	87,4	100,0
	Total	87	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,1		
	Total	88	100,0		

FAMILIA_Compuesta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	14	15,9	15,9	15,9
Válidos	No	74	84,1	84,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

FAMILIA_Homoparentales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	88	100,0	100,0	100,0

FAMILIA_Extensa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	21	23,9	23,9	23,9
Válidos	No	67	76,1	76,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

FASE_PROGRAMA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Llegada al Servicio	1	1,1	1,1	1,1
Valoración y Acogida	3	3,4	3,4	4,5
Diagnóstico	11	12,5	12,5	17,0
Implantación PAD	22	25,0	25,0	42,0
Válidos Evaluación y Seguimiento	33	37,5	37,5	79,5
Salida-Postacompañamiento	8	9,1	9,1	88,6
No sabe/ No contesta	10	11,4	11,4	100,0
Total	88	100,0	100,0	

MOTIVO_SALIDA_PROGRAMA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inserción Laboral	1	1,1	4,5	4,5
Finalización de la Intervención	10	11,4	45,5	50,0
Válidos Baja por Incumplimiento	7	8,0	31,8	81,8
Baja Voluntaria	3	3,4	13,6	95,5
Otros Motivos	1	1,1	4,5	100,0
Total	22	25,0	100,0	
Perdidos Sistema	66	75,0		
Total	88	100,0		

Tabla de contingencia SEXO * NIVEL_EDUCATIVO

Recuento

	NIVEL_EDUCATIVO				Total
	Primaria	ESO	Bachillerato	Ninguna	
Hombre	13	13	1	10	37
Mujer	3	10	3	2	18
Total	16	23	4	12	55

Tabla de contingencia SEXO * ADICCIONES

Recuento

	ADICCIONES			Total
	Si	No	Se desconoce	
Hombre	27	25	10	62
Mujer	4	18	4	26
Total	31	43	14	88

Tabla de contingencia SEXO * CERTIFICADO_DF

Recuento

	CERTIFICADO_DF		Total
	Si	No	

SEXO	Hombre	30	23	53
	Mujer	13	13	26
	Total	43	36	79

Tabla de contingencia CERTIFICADO_DF * ADICCIONES

Recuento

		ADICCIONES			Total
		Si	No	Se desconoce	
CERTIFICADO_DF	Si	16	20	7	43
	No	12	20	4	36
Total		28	40	11	79

Tabla de contingencia CERTIFICADO_DF * NIVEL_EDUCATIVO

Recuento

		NIVEL_EDUCATIVO				Total
		Primaria	ESO	Bachillerato	Ninguna	
CERTIFICADO_DF	Si	10	10	1	3	24
	No	4	12	3	5	24
Total		14	22	4	8	48