

[drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es](mailto:drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es)

Teléfono: 900 84 50 40



CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

El Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

## LA INCORPORACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS EN ANDALUCÍA

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

**LA INCORPORACIÓN SOCIAL EN  
DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES  
EN ANDALUCÍA**

---

Depósito Legal: GR 249/07  
ISBN: 978-84-690-5945-6

#### Coordinación

- Fernando Arenas Domínguez. Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Silvia Moreno Mariscal. Jefa de Departamento de Programas. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

#### Autores

- Ana M<sup>a</sup> Calleja Gómez. Diputación Provincial de Huelva.
- Juana María Clemente García. Diputación Provincial de Huelva.
- M<sup>a</sup> Ángeles Gil Álvarez. Diputación Provincial de Huelva.
- Verónica González Tagle. Diputación Provincial de Málaga.
- Blanca Molina Molina. Diputación Provincial de Granada.
- Tina Ramón García. FADAIS.

#### Agradecimientos

- María Paz Romero. Diputación Provincial de Jaén.
- Antonia Serrano. Diputación Provincial de Sevilla.
- María del Mar Becerra. CTA Carmona.
- María del Carmen Ostos. CTA Cruz Roja Sevilla.
- Remedios Liria. Diputación Provincial de Almería.
- Luis Lloret. Diputación Provincial de Cádiz.
- Francisco Rumbao. Diputación Provincial de Córdoba.
- Jesús Ruiz, Inmaculada Segura, Ana Gómez, Raquel Manso, Jorge Escalona, Ana Belén Soler, Eloy Casanova, Gloria Horriño, Adriana del Águila, M<sup>a</sup> Paz Moreno, Ana Celia González y Cristina Romero (Trabajadores/as Sociales de Centros de Tratamiento Ambulatorio de Málaga). Miguel Aguilar (Educador de Calle, Diputación de Málaga).

## ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES
- 4.- LOS ITINERARIOS PERSONALIZADOS EN INCORPORACIÓN SOCIAL
- 5.- NIVELES DE INCORPORACIÓN SOCIAL SEGÚN TIPOLOGÍAS/PERFILES DE USUARIOS
- 6.- LAS INTERVENCIONES EN INCORPORACIÓN SOCIAL
- 7.- EL TRABAJO SOCIAL EN LA INCORPORACIÓN SOCIAL
- 8.- EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS
- 9.- EL DIAGNÓSTICO SOCIAL
  - 9.1.- PRINCIPIOS BÁSICOS
  - 9.2.- ELEMENTOS BÁSICOS
  - 9.3.- INSTRUMENTOS
  - 9.4.- INDICADORES
- 10.- RECURSOS Y PROGRAMAS
- 11.- BIBLIOGRAFÍA

## PRESENTACIÓN

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones incluye la Incorporación Social como una de las Áreas fundamentales del mismo, constituyéndose como el objetivo final de la intervención para las personas con problemas de drogodependencia o adicción sin sustancia.

Ahora presentamos un documento fruto del trabajo de muchos profesionales de la red de drogodependencias, en el que se explicita el modelo de intervención en esta área, así como el papel que desarrollan los Trabajadores/as Sociales con los diferentes perfiles de usuarios. Incluye también los elementos básicos, instrumentos e indicadores del Diagnóstico Social.

Este documento pretende ser un instrumento de trabajo para los/as Trabajadores/as Sociales de la red asistencial andaluza de drogodependencias, con el objetivo de unificar y homologar criterios de actuación de manera que redunden en una mayor calidad de la atención.

Andrés Estrada Moreno

Director General para las Drogodependencias y Adicciones

## 1.- INTRODUCCIÓN

El año 1985 se crea el Plan Andaluz sobre Drogas por decisión del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y a propuesta de la Comisión Delegada de Bienestar Social. En ese mismo año se publicaron dos Decretos sucesivos por el que se crean por un lado, el Comisionado para la Droga como órgano de coordinación y de planificación de las políticas de drogas en Andalucía (Decreto 72/85 de 3 de abril) y por otro los Centros Provinciales de Drogodependencias para impulsar el Plan de Drogas a nivel provincial (Decreto 73/85 de 3 de abril). Es a partir de esta fecha cuando comienza a desarrollarse en Andalucía una importante red de recursos y de programas preventivos, asistenciales, de incorporación social y de apoyo al movimiento asociativo. Por acuerdo de Consejo de Gobierno del 23 de febrero de 1998, se crea la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA), entre cuyos objetivos se encuentran la atención a las personas afectadas por las drogodependencias, el apoyo a la integración social y laboral, así como la mejora de la calidad de vida.

La Ley 4/97, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, aprobada por unanimidad de todos los grupos del Parlamento de Andalucía, modificada posteriormente por la Ley 1/2001, de 3 de mayo y por la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, constituyen el marco normativo que regulan todas las medidas dirigidas a la prevención, atención, incorporación social, coordinación y participación en materia de drogodependencias en Andalucía.

Partiendo de la experiencia acumulada en el diseño y puesta en marcha de los recursos de la red asistencial andaluza, de la observación de sus resultados y de la evolución de los distintos factores concurrentes en materia de drogas y adicciones, y mediante Acuerdo de Consejo de Gobierno de 13 de marzo de 2001, se decide la formulación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, facultándose para ello al Consejero de

Asuntos Sociales, a tenor de lo dispuesto por el Decreto 180/2000, de 23 de mayo por el que se aprueba la estructura orgánica de la Consejería de Asuntos Sociales.

En la formulación de dicho Plan se ha promovido una amplia participación social, mediante la audiencia a instituciones y entidades implicadas en esta materia y la elaboración de informes por parte del Consejo Asesor sobre Drogodependencias, del Consejo Andaluz de Servicios Sociales y del Consejo Económico y Social.

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones con vigencia de seis años (2002-2007), aprobado por Decreto 209/2002, de 23 de julio, parte del respeto a las opciones de los ciudadanos, articula objetivos y estrategias que hacen posible la libre elección basada en el conocimiento y la responsabilidad, al tiempo que garantiza la correcta asistencia a las personas afectadas por las consecuencias negativas del consumo de sustancias y de otras actividades adictivas.

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones se estructura en cinco áreas de intervención:

**Área de Prevención:** Tiene como objetivo principal evitar que los jóvenes se inicien en el consumo o, cuando esto no es posible, retrasar la edad de inicio, así como evitar que los consumidores esporádicos lleguen a estructurar una drogodependencia.

**Área de Atención Socio sanitaria:** Tiene como objetivo principal atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, facilitando e incrementando la accesibilidad y la permanencia de los usuarios en la Red Sanitaria y Social, así como impulsar programas dirigidos prioritariamente a la población en situación de riesgo.

**Área de Incorporación Social:** Tiene como objetivo conseguir la normalización e integración social plena de las personas con problemas de drogodependencias y

adicciones en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

**Área de Reducción de Riesgos y Daños:** Tiene como objetivos, por un lado, impedir que algunos daños personales, comunitarios, sociales, jurídicos, económicos y sanitarios se produzcan, y, por otro, reducir la enfermedad y la muerte relacionada con el consumo de drogas y aumentar la calidad de vida de los consumidores en activo.

**Área de Información, Formación e Investigación:** Tiene un carácter transversal por su implicación en las áreas de Prevención, Reducción de Riesgos y Daños y Atención Socio sanitaria. El área de información tiene como objeto el desarrollo de un sistema de información centralizado que permita mejorar la planificación, seguimiento y eficacia de las distintas intervenciones. El área de formación se desarrolla a través de la realización de cursos específicos para voluntarios y profesionales. El área de investigación tiene por objetivo contribuir al desarrollo del conocimiento científico de las drogodependencias y adicciones, así como de la eficacia de las intervenciones, con el fin de aumentar la calidad de las actuaciones realizadas.

El Decreto 205/2004 de 11 de Mayo establece la estructura orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, denominándose el Comisionado para la Droga desde esta fecha como Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.

La Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones tiene atribuidas las competencias relativas a la actuación frente a las drogodependencias, en los términos establecidos en la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, y en el Decreto 72/1985, de 3 de abril, como órgano de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Andalucía.

Para el desarrollo de estas tareas, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, establece la fórmula de convenios con Corporaciones Locales (Diputaciones

Provinciales, Mancomunidades y Ayuntamientos) y conciertos con entidades sin ánimo de lucro, de cara al funcionamiento de la red asistencial y de incorporación social, así como de las actuaciones en materia de prevención, sin olvidar la convocatoria anual de subvenciones y el apoyo del movimiento asociativo.

De esta manera, los Centros Provinciales de Drogodependencias se constituyen como el eje operativo de la Dirección General en las provincias, ejecutando los planes provinciales de actuación en las distintas áreas del II Plan, coordinando sus actuaciones con la red sanitaria y de servicios sociales.

El Servicio de Coordinación Asistencial de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones tiene las competencias en materia de planificación, coordinación y evaluación del área de Incorporación Social.

En base al desarrollo de estas competencias y con el objetivo de definir un modelo de Incorporación Social que cuente con el consenso de los profesionales implicados, se creó un grupo de trabajo que elaboró el presente documento que pretende ser el referente de las actuaciones en esta materia en nuestra Comunidad Autónoma. Los técnicos del grupo sometieron el documento a la revisión por parte de los/as Trabajadores/as Sociales de cada una de las provincias andaluzas, con objeto de contar con la máxima participación posible de los profesionales implicados.

## 2.- ANTECEDENTES

Trataremos de profundizar en el modelo andaluz de incorporación social, tomando como referencia el II PASDA, una revisión teórica y las reflexiones de algunos profesionales.

La incorporación social en drogodependencias y adicciones ha evolucionado mucho en las últimas décadas en Andalucía. Tanto si revisamos el I Plan Andaluz sobre Drogas, las Órdenes que regulaban los Programas de Incorporación Social (véase Red Artesanos), así como los documentos sobre los criterios de acceso a programas como el

de Centros de Día, etc.,... (no se admitían a usuarios en Programa de Mantenimiento con Metadona), se apreciaba una gran rigidez en cuanto a la abstinencia. Si además hacemos un análisis bibliográfico sobre los documentos existentes en este campo de actuación nos encontramos con las siguientes características:

- La incorporación social en drogodependencias se ha caracterizado por la inexistencia de un cuerpo teórico y la carencia de una definición concreta, dificultades ambas que se han visto reflejadas en la práctica.

- Podemos hacer una reflexión sobre como los conceptos y las prácticas en incorporación social han ido cambiando, desde el modelo terapéutico basado en la heroína (década de los 80), donde se utilizaba el término "reinserción social" para situar la intervención en la parte final del tratamiento una vez conseguida la abstinencia. Los recursos destinados a tal fin eran fundamentalmente talleres ocupacionales dirigidos por colectivos sociales que trataban de alejar al drogodependiente de los lugares de riesgo, pero sin ningún tratamiento socioeducativo.

- Es a partir de los años 90 cuando se crean un número importante de recursos y programas destinados a dar respuestas a necesidades sociales concretas. El fin era dar comprensión al entorno social del drogodependiente y a ubicarse en él facilitando así el trabajo con éste. Aún así se trabajaba sin un marco teórico de referencia, y con intervenciones profesionales no siempre aceptadas y coordinadas con el proceso terapéutico global. El binomio abstinencia – consumo se hacía determinante en las intervenciones profesionales y se ve motivo excluyente a la hora de utilizar dichos recursos y programas.

- A mediados – finales de los noventa se va evolucionando a pasos agigantados. El concepto de reinserción va madurando hacia el de integración e incorporación social. Aquí ya se cuenta con el deseo de cambio o no cambio por parte de la persona, y se comienzan a plantear diferentes objetivos para la incorporación social, se trata de otra etapa más desarrollada donde el binomio abstinencia / consumo de droga, es sólo un

aspecto más a tener en cuenta, pero nunca decisivo para la ayuda prestada a nivel profesional.

En conclusión, y tomando como referencia el marco conceptual del II Plan Andaluz de Drogas y Adicciones, el trabajo desarrollado en la actualidad ha superado el discurso teórico conceptual.

La incorporación social trabajará para poner a disposición de las personas dependientes de alguna sustancia, intervenciones, programas y actuaciones favorecedoras de una mejor calidad de vida para ellas. Estas intervenciones partirán del diseño conjunto de itinerarios personalizados que contemplen las prioridades, entre éstas y los profesionales. Para ello se desarrollarán acciones dirigidas a la propia persona, al entorno familiar y social de ésta, teniendo en cuenta que ambos ámbitos desempeñan un papel fundamental en los procesos de incorporación social y laboral.

En drogodependencias, los aspectos sociales no son indisolubles de otros problemas o dificultades que puedan padecer las personas atribuidos o como consecuencia de la adicción, por tanto deben ser tratados igualmente.

Para ello partimos de que la intervención social debe realizarse desde las redes normalizadas o recursos generalizados que la sociedad posee, aunque esto no siempre va a ser posible. Unas veces debido a la impermeabilidad de los programas y/o recursos generales, también del rechazo de los profesionales que integran estos recursos y otras debido a las características personales y condiciones sociales en que se encuentran las personas drogodependientes, todo ello hacen que no puedan beneficiarse de lo que por ley les corresponde.

Ha de quedar patente que las actuaciones siempre deberán ser favorecedoras de la normalización social del sujeto y de la incorporación de éste, a la vida ciudadana en pleno derecho.

### 3.- DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE INCORPORACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS.

Analizando las diferentes definiciones conceptuales y teniendo en cuenta la evolución de éstos, se llega a las siguientes conclusiones.

**1.)** La permanencia de dos elementos que caracterizan el proceso de incorporación social de los drogodependientes:

El proceso de incorporación constituye la socialización o resocialización según los casos y, por tanto, es un proceso educativo que permite que cada sujeto interiorice una serie de valores, normas y estrategias del grupo social al que se incorpora, siendo por lo tanto, el objetivo central de cualquier programa de incorporación el completar correctamente la socialización del sujeto objeto del mismo, equiparándolo a su grupo de iguales. En los C.T.A, atendemos a personas que la drogodependencia que han generado a lo largo de años en gran parte de los casos ha ido alejándoles de su entorno natural y relacional produciéndose progresivamente una "invasión del hábito" en algunas o en parte todas las esferas que conforman "lo importante" en la vida de una persona (familia, trabajo, relaciones...).

Se hace precisa una intervención individualizada y programada para la reconstrucción del mundo personal y social que le permita al sujeto incorporarse a un estilo de vida más "saludable", en lo que entendemos amplio sentido del término.

La incorporación se traduce en la normalización de las conductas, teniendo en cuenta que la conducta normalizada se define en función de la cultura dominante en un grupo social determinado. La "normalización" habrá que entenderla aceptando que puede presentar diferentes niveles y teniendo en cuenta que habrá de adecuar los objetivos de los programas a la realidad que rodea a los sujetos.

**2.)** Aproximaciones al concepto que acentúan o están centradas en la relación sujeto –entorno: Pero la incorporación social no sólo se traduce en la normalización de conductas del sujeto a incorporar, sino en conseguir “una relación compatible entre el sujeto y el mundo que le rodea” ( M.R. Leanizbarrutia). Ello implica una intervención en ambos polos de la relación; sujeto-entorno, puesto que son éstas relaciones las que deben normalizarse.

Desde el punto de vista de la intervención social nos aproxima por un lado al modelo ecológico cuyo concepto clave es el de “Transacción”; entre individuos y medio, entre los propios individuos así como entre éstos y las instituciones, y por otro al enfoque sistémico si se consideran los diversos sistemas implicados, entre otros.

Doble dinámica del proceso. La recuperación e incorporación social implica disponer de Recursos personales, competencias, habilidades, conocimientos, autoestima, superar dependencias relacionales etc. y las oportunidades consecuentes en el entorno (pareja, familia de origen, actitudes vecinales, disponibilidad y accesibilidad de los recursos, programas comunitarios de incorporación social, diseño de contextos adecuados para los jóvenes, la participación, el asociacionismo, grupos de autoayuda. etc.)

**3.)** Asumir la idea de incorporación como procesos de entrada/salida a la sociedad, a partir de la idea global de inserción que defiende Estivil (1990) explicada desde la teoría de los círculos concéntricos, que presenta la incorporación como un itinerario en el que cabe avances y retrocesos, cada salto sería en sí mismo un logro de incorporación y un avance hacia una situación mejor y elimina la idea de unidad de medidas.

**4.)** La incorporación social se entiende como un proceso dinámico que implica itinerarios personales. El profesional y usuario deberán conjuntamente pactar objetivos y las estrategias de actuación con qué conseguirlos. Este binomio deberá actuar en paralelo, donde el protagonismo del cambio recae sobre el usuario.

**5.)** La incorporación social se define como “cualquier intervención planificada que favorezca que el sujeto se enfrente a las situaciones propias de la vida normalizada, poniendo en

práctica los aprendizajes adquiridos en todos los entrenamientos, desde sus propios parámetros personales, culturales, sociales y con las decisiones que personalmente asuma” (Bautista y Molina, 1999).

La incorporación social ha sido definida a su vez, como “el proceso de vinculación efectiva y activa del sujeto a su entorno”. P. Nieva (87,90) M.A Fernández (93). Se trata de una vinculación progresiva del individuo como miembro activo, a la realidad social, económica, cultural etc. P. Nieva (87) de su entorno.

Ambas aproximaciones nos permiten su mejor y más amplia comprensión. Para delimitar el concepto, habría que tener en cuenta los elementos que definan un estado de incorporación, que se pueden resumir y concretar en los siguientes (Funes 1996):

- Un balance de experiencias y prácticas vitales diarios minimamente satisfactorios, que conduzca a la persona a un nivel razonable de aprecio y confianza en si mismo.
- Una cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan llegar a sentirse parte de la comunidad.
- Un conocimiento y aceptación de normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora.
- Trasladados a la vida diaria se trata de poner al alcance de todas las personas las formas de vida y condiciones de existencia cotidianas correspondientes a las circunstancias y genero de vida de la sociedad a la cual pertenecen.
- Tener una condiciones de vida mínima (vivienda, salud, educación...).
- Tener unos recursos económicos que posibiliten ser ciudadano o ciudadana consumidores.
- Hacer algo que sea reconocido socialmente.
- Participar en espacios culturales, de ocio, relacionales.
- Tener un lugar en el mundo cercano, “pintar” algo.

Cualquier recurso, programa y/o acción que tenga que ver con la incorporación social tiene que plantearse un conjunto de aspectos y cuestiones, como son:

- No basta con ofertar recursos y prestaciones, es imprescindible que se facilite un estímulo a la persona que le haga sentir que funcionar socialmente es posible.

- La incorporación es un acto voluntario, no se puede imponer ni como contraprestación, debe haber algún profesional dispuesto a hacer parte del camino con la persona.

- Los recursos a utilizar en la incorporación social son múltiples (prestaciones, formación, animación cultural...), pero todos ellos necesitan de un hilo conductor que se llama acompañamiento.

- Las acciones para la incorporación social en cada persona cobran sentido en la medida que se han discutido, elaborado, rehecho dentro de un itinerario personal que se ha ayudado a definir, son acciones y experiencias que solo cobran sentido dentro un proceso.

- A veces los recursos son necesarios, están disponibles y son accesibles pero el sujeto no quiere utilizarlos, o está ambivalente al respecto.

- No siempre es posible plantear la búsqueda de empleo como panacea contra la exclusión, sino que en algunos casos suele ser necesario comenzar por otras acciones estimuladoras previas, que provoquen un descubrimiento motivador de sus posibilidades.

- Las personas con graves cargas o carencias también pueden incorporarse socialmente, para lo cual es necesario un trabajo social más intenso que la simple prestación económica.

- Las acciones para la incorporación social no son siempre ni prioritariamente individuales. Por un lado, las actividades grupales permiten la relación, el descubrimiento de las dificultades comunes y el afloramiento de la solidaridad.

Por otro, la incorporación social tiene que ver con la reconstrucción de los ligámenes

sociales y las posibilidades de participación, por lo que trabajamos con el entorno y con otros profesionales.

#### **4.- LOS ITINERARIOS PERSONALIZADOS EN INCORPORACIÓN SOCIAL.**

La incorporación social es fundamentalmente un proceso de cambio que permite a la persona diseñarse como tal, pensar en ser de otra manera, imaginarse gestionando su vida de otro modo.

Hablar de proceso es hablar de itinerario, de secuencia, de cambio. Considerar un proceso es tener en cuenta un conjunto dinámico de fenómenos que interactúan en el tiempo sin que puedan establecerse causalidades unilineales, directas y aisladas, y cuya interacción produce múltiples efectos.

El itinerario de incorporación social supone un diseño, una planificación de la situación final, lo que comporta elaborar una hipótesis de construcción personal (vital, profesional, formativa). Ese diseño se hace a partir de la posesión o adquisición por parte de la persona de capacidades, destrezas, habilidades, conocimiento, y parte de un análisis progresivo de su realidad, de las experiencias que acumula y los bagajes vitales que posee y adquiere.

Un "proyecto de incorporación" comporta articular una serie de pasos sucesivos a dar, un itinerario a seguir, una secuencia de objetivos concretos a alcanzar, una organización de mecanismos, recursos y apoyos a su alrededor.

Entender la incorporación como un itinerario o proceso supone secuencias temporales, acciones oportunas, adecuadas, flexibles, con sinergia entre ellas. Es funcional, adaptado, dinámico, cambiante y siempre personalizado, lo cual no supone que siempre sean totalmente individuales e individualizados.

Analizando ahora la situación actual, se podría afirmar que en estos últimos años

aparece una imagen bastante distinta en el escenario de la Incorporación Social, no sólo por lo planteado en cuanto a los conceptos, sino en la actuación profesional. Los profesionales que trabajamos en la Incorporación Social, hemos cambiado su metodología de trabajo a la hora de llevarla a la práctica. El profesional no impone las indicaciones, sino que complementa las actuaciones que para la incorporación social se llevarán a la práctica.

No se trata de incorporar a nadie, sino de hacer posible que la persona a la que se atiende ponga en marcha su proceso de incorporación social. Frente al papel pasivo que se ha otorgado al drogodependiente, debemos destacar su protagonismo en el proceso. Por tanto, hablamos de distintos ritmos de Incorporación Social y de un proceso personalizado y dinámico.

Los objetivos con los que trabajarán los profesionales son: Promover la Auto eficacia y la Responsabilidad Personal. Propiciar la eliminación de obstáculos y resistencias. Ofertar acompañamiento. Establecer una correcta relación profesional. Ayudar. Aclarar y concretar la demanda. Incrementar la competencia sujeto-medio. Para definir qué entendemos por Itinerarios Personales en Incorporación Social, tomaremos como referencia, lo señalado tanto en el II PAD (2005-2007) como en el Documento del "Acompañamiento y los Procesos de Incorporación Social del SARTU 2001."

Todo itinerario o proceso de cambio supone un conocimiento de la situación de partida para definir una situación de llegada. Esta actividad de conocimiento tiene cuatro características específicas:

**1.** Se trata de un conocimiento ligado a la acción. Aquello que necesitamos saber está relacionado con la confección de un itinerario personalizado de incorporación social. Es un conocimiento destinado a decidir, y se intenta que se ponga de manifiesto todo aquello que facilitará el proceso y todo aquello que lo dificulta. Conocer en función de un itinerario

supone preguntar, preguntarse sobre:

- Qué quieren hacer con sus vidas.
- Qué creen haber obtenido.
- Etapas que creen haber pasado.
- Etapas que creen que les faltan por pasar.

**2.** Tiene que convertirse en autoconocimiento. Profesional y paciente trabajan para un mejor conocimiento conjunto sobre su realidad. Se trata de que la persona conozca mejor su realidad personal y su entorno para poder tomar decisiones y actuar de acuerdo con un plan realista.

**3.** Analiza y descubre especialmente los componentes positivos, las capacidades que se poseen y que permitirán movilizar a la persona y cambiar su situación.

**4.** No pretende diagnosticar ni catalogar a la persona en ninguna categoría de problemática social preestablecida. La valoración conjunta es un espacio de puesta en común en el que ambas partes (profesional y persona) destacan la parte de la información que desean compartir, que consideran relevante o imprescindible según el momento de la relación.

Aquello que debemos conocer tiene que ver con los elementos que afectan a un itinerario de incorporación y son:

- Elementos de la situación personal.
- Elementos de su entorno próximo.
- Elementos de supervivencia.
- Elementos de convivencia y pertenencia social.
- Elementos que permiten definir un futuro.

En función de lo expuesto hasta ahora, las características definitorias de los Itinerarios en incorporación social serían las siguientes:

- Ser programas personalizados, ya que cada persona tendrá unas necesidades

mínimas diferentes e irá avanzando a un ritmo distinto. En este sentido hablaremos de programar itinerarios personalizados.

- Ser programas diseñados desde el principio conjuntamente con la persona, potenciando su protagonismo de forma que asuma progresivamente la responsabilidad de su proceso de incorporación social. Por tanto, los compromisos que se establezcan han de basarse en el consenso y atender a objetivos alcanzables.

- Ser programas flexibles, asumiendo desde un principio los posibles “pasos atrás”, sin considerarlos “fracasos” y previendo la introducción de cambios ante estas situaciones.

- Ser programas adaptados a las características del entorno, teniendo en cuenta la realidad social y local, las carencias y potencialidades del medio, y sin olvidar que lo que es válido en un lugar no tiene por que serlo en otro.

## **5.- NIVELES DE INCORPORACIÓN SOCIAL SEGÚN TIPOLOGÍA/PERFILES DE USUARIOS.**

La incorporación social hace referencia a procesos interactivos con el entorno, antes- durante y después del proceso de recuperación. Personas en contextos sociales inadecuados tienen dificultades de inserción social en diferentes ámbitos realizando consumos no adecuados de drogas. La relación sujeto -entorno queda a su vez dañada por la adicción una vez instaurada, afectando diversos ámbitos ecológicos (microsistema y mesosistema) del sujeto. A veces es inexistente por el aislamiento en que ha derivado el sujeto, o es una relación vinculada a redes sociales inadecuadas, a entornos y contextos concretos y se carece de apoyo social efectivo.

En la práctica profesional que se lleva a cabo en los centros de atención se detectan diferentes perfiles de drogodependencias susceptibles de incorporación social

(M. Bautista y B. Molina, 1998). A esta propuesta le hemos unido otros que consideramos necesarios, y que detallamos a continuación.

Para hablar de los diferentes perfiles en drogodependencias y adicciones tendremos que tener en cuenta que en un primer momento todas las intervenciones fueron diseñadas para el abordaje de los problemas derivados del consumo de heroína, con un perfil de drogodependencia muy específico: varón de entre 20 y 26 años, con un nivel cultural medio-bajo, situación laboral de desempleo, un porcentaje importante sin experiencia laboral, con un proceso de socialización organizado en torno al consumo de heroína, con gran rechazo social por la identificación que se hace con la delincuencia y la marginalidad.

En torno a estas características se estructuraron programas para dar respuesta a estas dificultades. Programas cuyo objetivo fundamental era conseguir y mantener la abstinencia de los consumidores.

La realidad actual es que existen diferentes perfiles de drogodependientes susceptibles de incorporarse:

## PERFIL 1

ESTADO DE DETERIORO FÍSICO/PSICOLÓGICO	CONDICIONES SOCIALES EN QUE SE ENCUENTRA	NIVEL DE INCORPORACIÓN SOCIAL	EXPECTATIVAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Sujetos con edad avanzada.</li> <li>.-Presentan grave deterioro físico y psicológico.</li> <li>.-En escasas ocasiones reducen riesgos en el proceso terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Grupo de mayor rechazo social.</li> <li>.-En ocasiones son transeúntes o mendigos.</li> <li>.-Incidencias legales en muchos casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Escasa o nula normalización.</li> <li>.-En ocasiones no han llegado nunca a incorporarse a la sociedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Bajas expectativas de incorporación.</li> <li>.-En muchos casos no lo consiguen.</li> </ul>

## PERFIL 2

ESTADO DE DETERIORO FÍSICO/PSICOLÓGICO	CONDICIONES SOCIALES EN QUE SE ENCUENTRA	NIVEL DE INCORPORACIÓN SOCIAL	EXPECTATIVAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL
<p>.-Consiguen minimizar el deterioro físico y psicológico en su proceso terapéutico</p> <p>.-Reducen riesgos en su adicción.</p>	<p>.-Se encuentran en situación de "conformismo pasivo".</p> <p>.-Imposibilidad de acceder a las metas sociales que se consideran adaptativas. En ocasiones son transeúntes o mendigos.</p> <p>.-En ocasiones son sujetos que no han conseguido una independización de su núcleo familiar.</p>	<p>.-Escasa o nula normalización.</p> <p>.-Se retira de la sociabilidad, se abandona, no encuentra "su sitio"</p>	<p>.-Expectativas más altas que las anteriores.</p> <p>.-Consiguen incorporarse cuando cambia su situación social.</p>

## PERFIL 3

ESTADO DE DETERIORO FÍSICO/PSICOLÓGICO	CONDICIONES SOCIALES EN QUE SE ENCUENTRA	NIVEL DE INCORPORACIÓN SOCIAL	EXPECTATIVAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL
<p>.-Escaso deterioro físico y psicológico.</p> <p>.-Reducen riesgos en su adicción.</p>	<p>.-Nivel cultural medio-alto, con experiencia laboral en algunos casos.</p> <p>.-Proceden de núcleos familiares constituidos.</p> <p>.-Sin problemas judiciales relevantes.</p> <p>.-Aislamiento social derivado de su adicción...</p>	<p>.-Población más normalizada.</p> <p>.-Menor conflictividad social.</p> <p>.-Dificultades sociales sobrevenidas en relación con la escasez de redes sociales.</p> <p>.-Falta de ilusión en sus proyectos.</p>	<p>.-Medias –Altas.</p>

## PERFIL 4

ESTADO DE DETERIORO FÍSICO/PSICOLÓGICO	CONDICIONES SOCIALES EN QUE SE ENCUENTRA	NIVEL DE INCORPORACIÓN SOCIAL	EXPECTATIVAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"><li>-Escaso deterioro físico y psicológico.</li><li>.-Reducen riesgos en su adicción.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>.-Pertenece a ambientes sociales muy concretos.</li><li>.-Consecuencias negativas en sus estudios y/o actividad laboral.</li><li>.-Concepción descontrolada del ocio y la diversión.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>.-Proceden de clases sociales normalizadas.</li><li>.-Dificultad en aceptar compromisos que exijan esfuerzos y cuya compensación no sea inmediata.</li><li>.-Dificultades sociales que generan conductas desadaptativas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>.-Medias –Altas.</li></ul>

También es necesario considerar que si bien la drogadicción es un problema de salud serio para hombres y mujeres, en la población femenina, el abuso de drogas puede presentar problemas especiales y dificultades añadidas para su recuperación e incorporación social como pueden ser, los relacionados con el cuidado de los menores, la bi-dependencia, mayor índice de depresión, abusos sexuales, malos tratos, prostitución etc.

Una de las grandes dificultades que está emergiendo y que los profesionales estamos observando indistintamente en cada uno de los perfiles señalados con anterioridad es la afluencia de trastornos psicopatológicos asociados o no a las dependencias y que condicionarán en gran medida, los niveles de incorporación social.

Delimitar los niveles de incorporación y los ritmos terapéuticos será posible una vez realizado el diagnóstico social, de esta manera requerimos considerar como conceptos definidores de los grupos objeto de intervención, no sólo aquellos que sirven para identificarlos, sino también aquellos que delimitan el colectivo de población que mantiene

conductas de incorporación, normalización, socialización e interacción social, se proponen los siguientes:

- A)** Incorporación a mínimos o excluidos sin estrategias (reducción de daños).
- B)** Incorporación precaria o integrados precarizados en contextos adversos (se mantiene entrando y saliendo de la red terapéutica desde hace 15 años).
- C)** Incorporación socialmente aceptada o incorporación no problemática.
- D)** Incorporación global o integrados plenamente teniendo en cuenta el respeto a los diferentes.

## 6.- LAS INTERVENCIONES EN INCORPORACIÓN SOCIAL.

Los cambios producidos en relación a los consumos, las nuevas sustancias y usos han hecho imprescindible una adecuación de los recursos en la red de drogodependencias, sobre todo en lo referente a las intervenciones en incorporación social. En relación a las intervenciones deberemos tener en cuenta que la eficacia de éstas estarán determinada por:

- El grado de disponibilidad del sujeto, sus posibilidades y su voluntad para tener constancia y adherencia al tratamiento, asumiendo que no es fácil, simple ni estable el proceso recuperador.
- El grado de competencia del sistema comunitario de intervención, el grado de competencia de los profesionales, su capacidad, los recursos disponibles, su gestión y planificación.

Podemos partir de la idea de que la incorporación social comienza desde el momento en que el drogodependiente piensa en mejorar su situación de consumo y acude a un Centro a solicitar tratamiento. Sin embargo, cuando esto ocurre, el drogodependiente no se ha planteado a dónde pertenece o deja de pertenecer, lo único que desea es

solucionar rápidamente su dependencia de la droga, evitar el síndrome de abstinencia, solucionar sus problemas legales, familiares y poco más.

Cuando realmente toma conciencia de su situación de pertenencia o no al entorno que le rodea, es una vez que ha solucionado las dificultades que le preocupaban, cuando intenta normalizar su situación, y se da cuenta de que no está preparado en un sinfín de cuestiones:

- En primer lugar, su óptica del mundo difiere bastante de la de los que nunca tuvieron problemas de adicción.

- En segundo lugar, es una difícil tarea la de llegar a conocer las normas sociales, comprenderlas y aceptarlas, sobre todo porque a veces carecen de lógica y también difieren bastante de las suyas. Son escasas sus habilidades para desenvolverse en este mundo de competición y exigencia, donde los débiles se quedan en las "cunetas". Es un extraño que tiene que aprender todo y, además, a una edad bastante difícil para este tipo de aprendizajes.

- Por último, sus relaciones sociales se circunscriben a ambientes de consumo. La mayoría no tienen amigos o éstos son también consumidores, y en cuanto a la pareja nos encontramos con que también es consumidora o no tienen.

Existen grandes dificultades para la Incorporación Social:

- Desconocimiento de las normas del que va a incorporarse.
- Aceptación de las normas por parte del que va a incorporarse.
- Los prejuicios y el rechazo por parte del colectivo normativo incorporado no facilita la tarea.
- Los propios prejuicios del drogodependiente respecto al Grupo Normativo.
- Ausencia de redes de apoyo social
- Accesibilidad y competencia de los recursos

- Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es el propio sentimiento de inferioridad que vive el drogodependiente en relación al descubrimiento de su nuevo entorno y de las personas que lo componen, provocando en muchas ocasiones sentimientos de inferioridad y frustración que le impiden el acercamiento a la vida social de su comunidad, favoreciendo retiradas en el proceso de incorporación social e incluso recaídas. Volver al consumo es menos complejo y al principio más satisfactorio.

En la intervención para la incorporación social hay que tener en cuenta que habremos de trabajar, en ciertos casos, más contra la exclusión que a favor de la incorporación. Esto supone incidir más en las actitudes sociales respecto a las adicciones. Es primordial que los drogodependientes sean considerados como personas, si no logramos esta primera meta será imposible continuar con este proceso. Para ello deberemos aprender y enseñar a convivir con las drogas y con los drogodependientes, dándoles la importancia justa. Esto significa aceptar que existen drogodependientes que no van a dejar nunca las drogas y, por tanto, no se incorporarán según los parámetros previstos.

En estos casos deberemos trabajar con otros objetivos:

- Mejorar su calidad de vida en los casos en que no sea posible
- modificar el hecho de la dependencia, ofreciendo atención a sus complicaciones orgánicas y sociales, independientemente de su condición de adicto.
- Conseguir mejoras parciales en relación con el consumo, con abstinencias (aunque sean transitorias), reducción de dosis, cambios en la vía de administración, tipo de droga, disminución de la delincuencia, etc.
- Facilitar la sustitución de la droga por otra con menos consecuencias personales y sociales. No hay duda de que estas intervenciones reducirán problemas tanto para la comunidad como para los propios drogodependientes.
- Debemos cambiar la idea de incorporación social a partir de la abstinencia,

por la de incorporación social desde el consumo, facilitando usos menos problemáticos.

Prestando atención sobre la base de reducir problemas, quizás logremos no sólo una convivencia más pacífica, sino también avanzar en la eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia en muchos casos que de otra manera jamás se hubiesen planteado hacerlo. Esto implica cambios en la prestación de servicios, el hecho de ser drogodependiente no deberá cerrar puertas de recursos y prestaciones a las que tiene derecho, sólo por ser persona y encontrarse en condiciones precarias.

El conseguir situaciones sociales y personales más satisfactorias conducirá al planteamiento de otros objetivos más ambiciosos. La identificación con otras personas por parte del drogodependiente también es muy importante para construir una mutua compatibilidad social.

Anteriormente hemos hecho mención a los prejuicios que presentan tanto los toxicómanos, como los sectores normalizados de la población. En la medida que logremos avanzar en este aspecto iremos acercándonos también a la consecución de una convivencia más pacífica que elimine situaciones de intolerancia y marginación. El drogodependiente debe de encontrar un entorno atractivo que le invite al cambio, debe descubrir que las personas con quienes va a convivir realmente no son tan diferentes a él, y algo muy importante, que respeten su situación.

Hasta ahora la intervención se ha limitado a equiparar, a nivel formativo y laboral, a ex-drogodependientes, suponiendo que facilitándoles un trabajo el problema queda resuelto. Sin embargo no debemos olvidar que la incorporación laboral es sólo una parte de la incorporación social, y que funciona cuando se realiza un trabajo paralelo de incorporación en otros niveles. El trabajo también es fuente de conflictos y frustraciones cuando no se tienen otras necesidades satisfechas, o no se está preparado para afrontar los compromisos y obligaciones que supone su cumplimiento. En el campo de las

Tampoco debemos perder de vista los nuevos perfiles de drogodependientes y sus necesidades de incorporación social, que nada tienen que ver con lo que venimos abordando a lo largo de estos años. Tendremos que comenzar a tener en cuenta programas para colectivos más incorporados o menos marginales.

Quizás aún estemos a tiempo de establecer programas de intervención comunitaria que disminuyan desigualdades sociales y aporten algunas alternativas para suplir las necesidades que presentan actualmente los jóvenes. Hay aspectos que no deberían pasar desapercibidos de nuevo:

Tendremos que abordar la educación para el ocio, posibilitando otras formas de ocupar el tiempo libre que no sea consumir algo (lo más normalizado "ir de copas"), y tratando de diferenciar lo que serían actividades y ocupaciones para el tiempo de descanso, de las destinadas al tiempo para la diversión.

Establecer una verdadera organización de la comunidad, para dar respuestas eficaces a las necesidades cotidianas que se presentan, a través de los propios recursos existentes. En realidad sólo se trata de hacer que cada servicio funcione como tal y como estaba planeado.

Por todo ello el itinerario será el efecto que resulte de las diferentes intersecciones de tres elementos: la oferta pública y privada que exista en ese momento, las condiciones sociales en que se da y recibe la oferta (contexto social, pertenencia a clase social u origen familiar y sexo) y las aptitudes, actitudes y estrategias que el sujeto es capaz de articular y mantener a lo largo del itinerario (microclima familiar, grupo de iguales, sistema de valores, actitudes, expectativas, auto imagen...).

Conocer y reflexionar sobre los nuevos escenarios de sociabilidad y espacios de intervención, ya que estamos comprobando cómo afectan favoreciendo o distorsionando las incorporaciones o alejamiento de la sociedad.

No olvidar que se ha producido un cambio importante en la adquisición de

patrones culturales y sociales, donde la "gran cantidad de tiempo disponible", así como la pérdida de significación de las instituciones más tradicionales, confieren peso y significación a las actividades en relación con el ocio, con las relaciones del grupo, con la diversión, con la información y la cultura que llegan por otros canales, y moldean o presentan otros modelos de incorporación/exclusión a los que habrá que estar muy atentos. Será en estos nuevos espacios y contextos donde surgirán parte de las identificaciones, de las problemáticas, de los estilos de vida, en definitiva, de la sociabilidad con o sin conflictos, con incorporación/exclusión de los sujetos.

En relación a las intervenciones, éstas han de desarrollarse en un entorno flexible, estableciéndose negociaciones entre el usuario y el servicio, que impliquen no sólo el derecho a ser parte de la sociedad sino también los deberes que ello conlleva. A su vez la flexibilidad implicará admitir que se pueden y se deben plantear distintos grados, tipos o niveles de inserción.

La recuperación de la autonomía personal y social supone una serie de pasos consolidados para evitar que se dé marcha atrás en los avances realizados. Se trata de ir modificando las condiciones personales y familiares de las poblaciones excluidas así como el entorno social en que desarrollan su existencia. Se imponen lógicamente unos actores externos que faciliten los itinerarios desde la exclusión.

## 7.- EL TRABAJO SOCIAL EN LA INCORPORACIÓN SOCIAL.

### **Acercamiento al Trabajo Social**

De forma muy breve recorreremos conceptos relativos al trabajo social. Compartiendo multitud de aspectos comunes y estando íntimamente relacionados con la intervención y la incorporación social.

El objeto del trabajo social, según Mary E, Richmond, primera teórica y creadora del trabajo social como profesión, tiene dos elementos interdependientes, a saber, la persona y la sociedad y entre ellas la vida que se desenvuelve.

Por tanto es esa vida en su conjunto, y en relación al bienestar social del individuo y de la sociedad, en donde se sitúa el objeto del trabajo social. Es la disciplina que tiene como objeto de conocimiento al ser humano en interacción con su medio, con lo que se ha denominado la red relacional y esto sigue siendo el soporte y la razón de nuestra identidad profesional. Aquí reside claramente la especificidad de nuestra intervención.

El conocimiento del ser humano se hace de los aspectos biopsicosociales y las ciencias que lo estudian, y por este motivo hablamos no solo de la psicología, antropología y la sociología principalmente, sino también de economía, de derecho, de la ciencia política, las ciencias de la salud, la ecología, la teoría de sistemas, la teoría de la comunicación..., todas ellas necesarias para lograr una comprensión global del objeto de conocimiento.

La intervención va dirigida tanto a él como a su medio y al igual que en la formación hemos recibido las aportaciones de distintas disciplinas, en la intervención deben estar presentes representantes de todas ellas para el mejor abordaje global de las problemáticas desde la interdisciplinariedad. Hablamos entonces de intervención y problemáticas porque queremos identificar cuales son los problemas y las necesidades de los que se ocupa de dar respuesta el sistema de Servicios Sociales y Drogodependencias.

Las nuevas definiciones del Trabajo Social adoptadas por la Federación Internacional de Trabajo Social han actualizado su contenido, en función de la dinámica y evolución de la profesión, encontrándonos con que:

- El Trabajo Social como profesión promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y la potenciación y liberación de la gente para alcanzar el bienestar. Utilizando las teorías del comportamiento humano y de los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos donde la persona interactúa con su entorno. Los principios de los derechos humanos y de la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social (Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajo Social y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, 26-07-2000).

- Finalmente, para terminar el acercamiento al trabajo social, la definición que del mismo da Teresa Zamanillo es la que explica mejor el alcance del objeto del trabajo social y su situación cambiante, en dialéctica continua con el medio: "el objeto formal del trabajo social viene dado por todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal" según refiere Gaitán, que hace un análisis pormenorizado del contenido de esta definición (1991).

Ese malestar son las necesidades sociales, que deben ser reconocidas como irrepetibles, únicas y de cada uno, en cada pueblo y en cada organización, pese a que nos encontramos en contextos burocráticos, con la dificultad que esto conlleva. Las problemáticas sociales que presentan las personas con las que trabaja el profesional son de tal índole que no se disponen recursos para atenderlas, en el sentido lineal y tradicional de los mismos. El trabajo social vuelve a sus orígenes: enseñar a la persona a constituirse un recurso para sí misma, es decir, que surja o que el sujeto tome conciencia de sus propias habilidades, potencialidades, capacidades...que se constituya en su propio motor de cambio (Garra y Rodríguez, 2000).

## 8.- EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS.

La figura del trabajador social forma parte de un equipo en el que, junto a otros profesionales, hace un intento de diagnosticar la situación que presenta una persona con problemática relacionada con las adicciones y establecer conjuntamente un plan de actuación en las diferentes áreas de intervención como vía para abordar las necesidades detectadas, buscando una mejoría o resolución de la problemática que presenta la persona. Partiendo del modelo biopsicosocial, que es el que predomina en las intervenciones de la Red Andaluza de Drogodependencias, se plantea el diagnóstico multiaxial, con la participación del usuario y la utilización de un amplio abanico de recursos.

La labor del trabajador social dentro del equipo interdisciplinar tiene que ver con la intervención conjunta de un equipo de profesionales en un mismo proceso, que necesita comunicación y coordinación elevada, que eviten el solapamiento y los vacíos del tratamiento. El trabajador social realiza una parte asistencial y otra de incorporación social que sería la más amplia.

Lo que sí sabemos es que la respuesta asistencial desde el trabajo social debe cubrir objetivos de carácter más terapéutico, dirigidos a abordar el problema de la relación sujeto-droga:

- Analizar el significado del consumo en la vida de las personas.
- Analizar los factores de inicio y mantenimiento del consumo.
- Adquirir habilidades para el mantenimiento de la abstinencia o, en su caso, para realizar un consumo más controlado y menos lesivo de las sustancias.
- Intervención en crisis.

La incorporación social trabajará la relación sujeto-entorno social con los siguientes objetivos:

- Cubrir las necesidades sociales básicas.

- Posibilitar el conocimiento del entorno, así como sus recursos.
- Posibilitar la aceptación recíproca entre la comunidad y el sujeto.
- Facilitar la participación social del sujeto en los espacios comunitarios.

Sería necesario delimitar el trabajo asistencial, del de incorporación social pasando a ocupar los trabajadores sociales su propio espacio contando con su propia programación y una metodología más definida para poder ser evaluados.

La metodología de trabajo que utilizamos tanto el trabajador social el educador social está basada en el acompañamiento social.

Tal y como relata Jaime Funes y Esther Raya en el documento de “El acompañamiento y procesos de incorporación social - 2001”:

- El acompañamiento lo entendemos como un proceso de apoyo a la incorporación social con tres momentos: el diálogo inicial acerca de la situación de partida de la persona y de los recursos con los que contamos, los acuerdos o pactos que recogerán las acciones que queremos/podemos poner en marcha para mejorar la situación y el seguimiento, apoyo y revisión del proceso. Esos tres momentos no lo entendemos como un proceso lineal que empieza en una fase y termina en otra sino como un proceso circular en el que hay continuas idas y vueltas entre las diferentes fases.

- Este proceso se puede facilitar a través de la herramienta Plan de Trabajo Compartido, en la que de manera conjunta, persona y profesional van plasmando su valoración de la situación, sus acuerdos y las acciones que se disponen a poner en marcha en base a una revisión del proceso.

El término de acompañamiento, hace situar a ambos (profesional-paciente) en un compromiso mutuo para la realización de las acciones que se llegan a consensuar. Es un proceso de responsabilidad compartida.

Este concepto de acompañamiento social transmite a la persona atendida la imagen de:

- No se encuentra sólo para poder afrontar su situación de dificultad.
- Pueden contar con los profesionales y organizaciones que le van a apoyar y poner a su alcance todos los medios disponibles.
- Tienen pleno derecho a la protección social.

Las distintas áreas en las que el trabajador social interviene en su práctica profesional diaria abarcarían las siguientes:

**A) Área asistencial**, como parte de un equipo interdisciplinar.

.-Análisis de la demanda de las personas que acuden a los CTA para ser tratados por su adicción. Apertura de historias clínicas en el proceso de acogida.

.-Diagnóstico Social y evaluación multiaxial en relación al contexto social y a las necesidades básicas de la persona, utilizando los instrumentos correspondientes de codiagnóstico.

.-Diseño de itinerarios personalizados de la intervención estableciendo los objetivos y las estrategias socioterapéuticas adecuadas a nivel individual, familiar, grupal y comunitario y evolución del proceso terapéutico (como terapeuta de referencia).

.-Seguimiento de casos, estableciendo un plan de intervención personalizado desde el seguimiento individual y/o familiar (como terapeuta de referencia).

.-Derivación de pacientes, a recursos de internamiento (comunidades terapéuticas, centro penitenciario, vivienda de apoyo al tratamiento), a recursos de incorporación social (centro de día, vivienda de apoyo a la reinserción) y a recursos comunitarios de convivencia (albergues municipales, comedores...).

.-Realización de informes y peritajes sociales de los usuarios.

.-Coordinación con los recursos sociales, educativos, sanitarios y jurídicos de la comunidad para el seguimiento y la intervención conjunta de casos.

.-Apoyo y asesoramiento a profesionales de los servicios sociales comunitarios, de atención primaria de salud de los dispositivos de salud mental, de los movimientos

asociativos, a los agentes sociales y comunitarios.

.-Visitas a domicilio, de aquellos casos que el equipo evalúe y valore la necesidad.

.-Información y orientación a la población general en aspectos relacionados con el fenómeno de las adicciones, así como el asesoramiento a personas afectadas por situaciones de consumo.

.-Acompañamiento del usuario en su proceso de cambio. Intervención motivacional.

### **B) Área formativo-laboral.**

.-Capacitación al usuario para la búsqueda activa de empleo, estableciendo estrategias para facilitar su incorporación.

.-Facilitación de la adquisición y desarrollo de hábitos laborales normalizados (autodisciplina, responsabilidad, resolución de conflictos).

.-Intermediación laboral, que permite la incorporación laboral de los usuarios, la captación de empresas y sensibilización.

.-Información, orientación y acompañamiento para el conocimiento y acceso a los recursos y programas formativos-laborales de la comunidad.

.-Fomento de la coordinación y utilización de los recursos normalizados de incorporación laboral (Surge, Orienta, SAE...).

.-Gestión, tramitación y seguimiento de programas específicos del II PASDA, Programa Red de Artesanos, Programa Arquímedes y cursos FPO.

.-Continuar facilitando la adquisición y desarrollo de hábitos laborales normalizados, acompañando y asesorando durante su incorporación al mercado laboral.

.-Motivación y facilitación para la formación prelaboral.

.-Potenciación de la formación técnica y la capacitación profesional adaptada a las necesidades y capacidades del usuario y a las demandas del mercado laboral y establecimiento de estrategias para facilitar el acceso del usuario a un empleo.

.-Ayudar a conocer la dinámica del mercado laboral y los mecanismos de los

sistemas de trabajo.

- .-Fomento de la adquisición o mejoramiento de la formación académica de los usuarios.

- .-Coordinación con talleres de empleo, escuelas taller, casas de oficio, especialmente los Convenios FADA - Diputación etc.

- .-Seguimiento y coordinación de usuarios que realicen cursos de FPO, educación de adultos o cualquier otra formación, acompañándolos en el proceso.

### **C) Área judicial.**

- .-Información, asesoramiento y orientación.

- .-Fomento de una actitud independiente en la gestión de las circunstancias judiciales, penales, administrativas, económicas.

- .-Coordinación del Programa de Asesoramiento Jurídico de Federación Enlace – FADA – Diputaciones.

### **D) Área familiar.**

- .- Fomento de la participación activa e implicación de la familia como apoyo al proceso de incorporación social del usuario.

- .- Favorecimiento del desarrollo de pautas de convivencia normalizada y/o establecer o recuperar relaciones familiares.

- .- Dotar a la familia de los conocimientos, técnicas y habilidades necesarias para lograr un cambio en la dinámica familiar, que le ayude a abordar adecuadamente el problema de drogodependencia y/o adicciones.

- .-Trabajo grupal con familias.

### **E) Área de relaciones sociales.**

- .-Favorecer la adquisición o recuperación de comportamientos, actitudes y habilidades personales que permitan al usuario establecer y mantener relaciones normalizadas.

- .-Informar, orientar y motivar para la utilización de recursos normalizados que

le permitan crear un sistema de relaciones adecuado para su integración en la comunidad.

- .-Conexión con redes de apoyo natural organizada (red secundaria), asociaciones, colectivos sociales, culturales, deportivos, etc.

- .-Desarrollo de estrategias orientadas a prestar apoyo a los sistemas de ayuda natural existentes en las redes primarias y secundarias. Promover aquellas que son necesarias de crear y potenciar.

### **F) Área de ocio y tiempo libre.**

- .-Informar, orientar y motivar para la participación en actividades culturales, lúdicas y deportivas.

- .-Orientar y entrenar en la planificación del tiempo libre.

- .-Fomento de la adquisición y mantenimiento de actitudes constructivas hacia el aprovechamiento del tiempo.

- .-Construir o recuperar intereses, aficiones, actividades creativas.

- .-Potenciar o, en su caso, recuperar facetas de ocio familiar.

### **G) Área de desarrollo personal.**

- .-Favorecer e incrementar la autonomía personal y la participación social.

- .-Favorecer el desarrollo de potencialidades y la adquisición y mantenimiento de estrategias y habilidades que faciliten la incorporación social en un estilo de vida normalizado.

- .-Ayudar a mejorar la competencia y relación con el entorno.

- .-Entrenar en estrategias, técnicas y habilidades que favorezcan la maduración personal.

- .-Favorecer la motivación de cambio de usuarios de programas de reducción de riesgos y daños, para adquirir y mantener estilos de vida saludables.

- .-Promover el acompañamiento del usuario en el mantenimiento de la abstinencia.

## **H) Área de coordinación comarcal.**

- .-Coordinación de los programas de Centro de Día, Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Viviendas de Apoyo al Tratamiento, Centros de Encuentro y Acogida de la zona.

- .-Coordinación de los/as trabajadoras sociales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la provincia de cara a homogeneizar intervenciones...

- .-Coordinación con municipios e instituciones para obtener estrategias de trabajo conjunta de cara a la incorporación social de los usuarios.

## **I) Área de prevención.**

- .-Colaboración en el diseño e implementación y desarrollo de los programas de prevención en la provincia.

- .-Diagnóstico de la situación social, análisis de la representación social del fenómeno y de las demandas sociales. Interrelación entre el sujeto y el medio social.

- .-Aplicación de estrategias preventivas y de promoción de estilos de vida saludables en coordinación con los Planes Municipales de Drogodependencias, los Servicios Sociales Comunitarios, el movimiento asociativo, los Equipos de Atención Primaria de Salud y otros agentes sociales en la provincia.

- .- Funciones de asesoramiento y orientación especializada a profesionales y agentes sociales.

## **J) Área de formación.**

- .-Elaboración en conjunto con el equipo multidisciplinar de los programas de intervención.

- .-Manejo de la metodología y diseños de investigación social en adicciones al objeto de descubrir elementos tanto personales como sociales e institucionales que ayuden a la transformación de la situación inicial.

- .-Participación en grupos de investigación.

.-Diseño de cursos, ponencias y jornadas, así como exposición de los temas que correspondan.

.-Tutoría profesional de los alumnos y profesionales del trabajo social que realizan prácticas en los Centros de Tratamiento Ambulatorio.

.-Colaboración en la formación específica de los distintos profesionales en prácticas de las restantes disciplinas.

## 9.- EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

### Definición

El diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender las situaciones y necesidades de las personas afectadas por problemas de drogodependencias y/o adicciones dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgos y de sus tendencias previsibles.

El diagnóstico va a permitir discriminar todos estos factores según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, considerando su grado de viabilidad y factibilidad así como los medios, fuerzas y actores sociales disponibles e involucrados en las mismas.

Todo diagnóstico social constituye uno de los elementos claves de la práctica social en la medida que procura un conocimiento real y concreto de una situación sobre la que se va a realizar una intervención social y de los diferentes aspectos que es necesario tener en cuenta para resolver la situación- problema diagnosticada.

## Principios Básicos

- Se trata de un conocimiento ligado a la acción. No se hace solo para saber “qué pasa”, se realiza también para saber “qué hacer”. Sirve de base para programar acciones concretas y proporcionar un cuadro de situación que sirva para seleccionar y establecer las estrategias de actuación.
- Tiene que convertirse en autoconocimiento. El profesional no es el que dice cómo es, sino que son las dos partes – profesional y paciente – los que trabajan para un mejor conocimiento conjunto sobre su realidad.
- Analiza y descubre especialmente los componentes positivos, las capacidades que se poseen.
- Es un nexo entre investigación y la programación. Sin investigación previa no puede haber diagnóstico, y sin apoyarse en el diagnóstico no se puede hacer una buena programación.
- Es un instrumento abierto, siempre está haciéndose, nunca es algo totalmente terminado. Es progresivo, acumulativo y complementario.
- No puede correr el riesgo de ser demasiado general ni excesivamente detallado. Esto conllevaría a confundir y/o a convertirse en una nueva descripción y dosificación de problemas.
- Es válido y adaptable a todos los modelos teóricos de intervención social en drogodependencias.

## Contenidos Básicos que debe incluir un Diagnóstico Social en Drogodependencias

1. Datos de la situación personal.
2. Datos de su entorno próximo (núcleo básico de convivencia, con quién y en qué condiciones vive...).

3. Datos relacionados con la supervivencia (con qué, cómo y dónde vivir).
4. Datos relacionados con la convivencia y pertenencia social (cómo formar parte de la sociedad; conflictos y estigmas; sociabilidad y socialización).
5. Datos que permitan definir un futuro: carencias y nuevas experiencias positivadoras.

### **Instrumentos**

Para la obtención de un adecuado diagnóstico, habrá sido preciso realizar un estudio-investigación previo que va a servir de base y que deberá incluir un conocimiento de las diferentes áreas de estudio que se detallan a continuación.

Los instrumentos a utilizar serían, por tanto:

- **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.** Compuesta por una batería de preguntas que contemple y analice los indicadores que se desarrollan en el documento.

- **CODIAGNÓSTICO.** Instrumento trabajado conjuntamente con la persona que ha de servir para construir una relación de confianza mutua. Ha de permitir descubrir los primeros puntos de apoyo que hagan posible el cambio y tener pistas sobre los primeros objetivos realistas que son plasmados en un plan de trabajo, calendarizado y modificable en el tiempo.

ÁREAS	PUNTOS FUERTES	PUNTOS A MEJORAR	NECESIDADES
FORMATIVO			
LABORAL			
PERSONAL			
RELACIONAL/AFECTIVA			
SOCIO-ECONÓMICA			
OCIO/TIEMPO LIBRE			
LEGAL			

● **MAPA DE RELACIONES FAMILIARES.** Representa la estructura relacional de la familia. Permite captar la dinámica presente de la familia, identificando su sistema de relaciones internas, (ecología interior).

Se confecciona una vez comprendido el sistema relacional instaurado.

● **MAPA DE RED SOCIAL.** Es un soporte de información basado en el modelo ecosistémico en el que se evalúan las redes sociales de una persona y/o familia. Se basan en las teorías de apoyo para dar respuesta a la continuidad y cambio en el apoyo social a lo largo de la vida, resaltando la importancia de las relaciones interpersonales.

Este mapa se divide en una serie de segmentos con el objetivo de conocer:

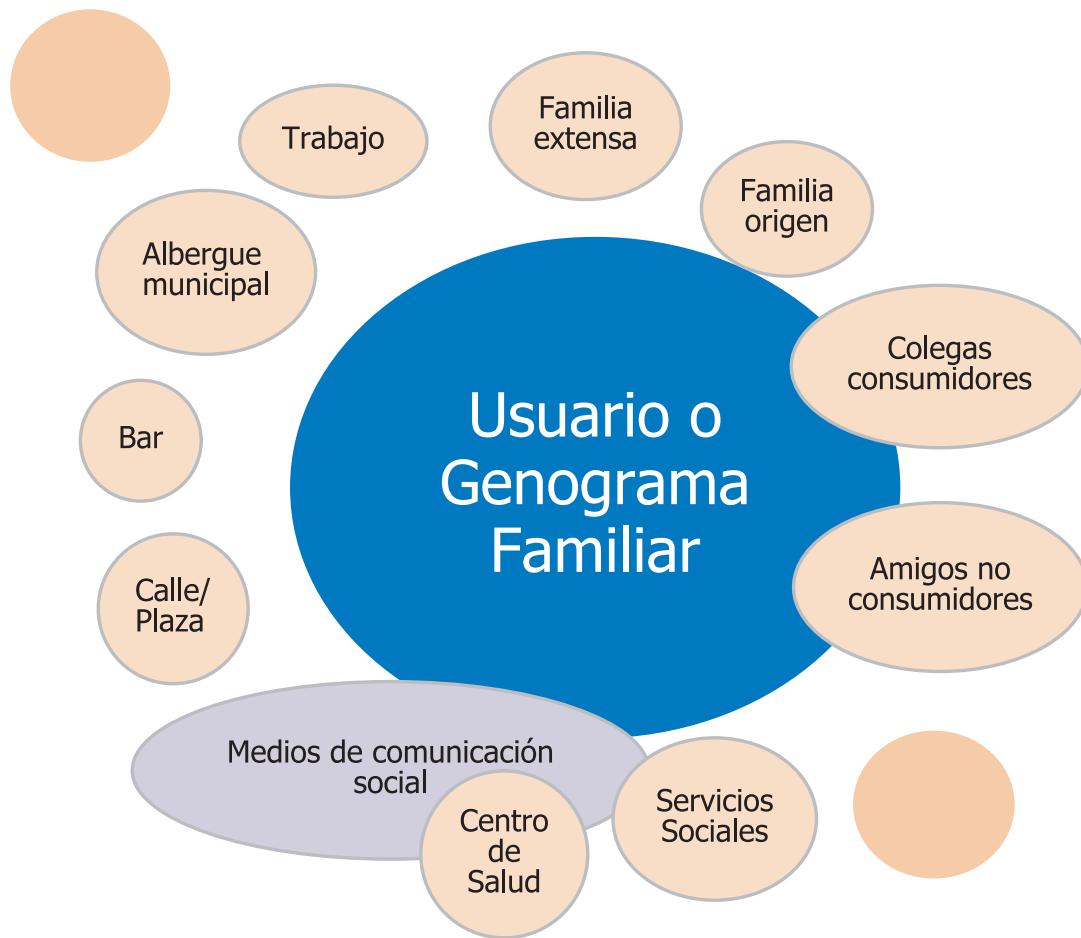
- quiénes son las personas incorporadas a la red
- qué tipo de apoyos ofrecen
- nivel de implicación (frecuencia de contacto, intensidad, duración...)
- tamaño de la red
- percepción del apoyo emocional, material e instrumental.
- cercanía y reciprocidad.

● **PLAN DE TRABAJO COMPARTIDO.** Documento de trabajo conjunto en el que las partes implicadas valoran la situación de la persona y los recursos disponibles, formulan las metas a alcanzar y las acciones a poner en marcha para alcanzarlos. Recoge el punto de vista de la persona y lo toma como referencia y punto de partida para empezar a trabajar conjuntamente, centrándose en las acciones servicios y apoyos que hay que prestar a la persona o que ella misma tiene que llevar a cabo para que pueda modificar su situación.

ÁREAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FECHAS	RESULTADOS
FORMATIVA				
LABORAL				
PERSONAL				
RELACIONAL/AFFECTIVA				
SOCIO-ECONÓMICA				
OCIO/TIEMPO LIBRE				
LEGAL				

- **ECO-MAPA.** Es un instrumento para la representación gráfica de las relaciones entre el sujeto y su entorno. Aplicado a la familia permite valorar las relaciones del ecosistema familiar y facilita decisiones para el plan de intervención. Aplicado en diferentes periodos de tiempo posibilita una evaluación de los avances realizados.

Nº de historia.....  
 Nombre y Apellidos.....  
 Fecha.....



————	Conexión fuerte
- - - -	Conexión débil
+ / + / + / + /	Relación tensa
→ → → →	Dirección
- / - /	Relación cortada

## Indicadores

### ÁREAS DE ESTUDIO

#### 1 DATOS PERSONALES

Consideramos importante tener en cuenta el sexo, edad, estado civil y cuestiones de género porque con criterios que, aunque por sí solos no son determinantes, sí se deben tener en cuenta a la hora de establecer las estrategias de actuación.

■ <b>Sexo</b>	
Hombre	Mujer
■ <b>Condición sexual</b>	
■ <b>Edad</b>	
■ <b>Estado civil</b>	
Desde hace menos de un año	Desde hace más de un año
Soltero	Casado / pareja estable
Viudo	Separado / Divorciado
■ <b>Fecha de nacimiento</b>	
Menor de 16 años – 25 años	De 26 a 35 años
De 35 a 50 años	Mayor de 50 años

#### 2. UNIDAD CONVIVENCIAL

La disponibilidad de redes sociales es cada vez más valorada por su función como prestadora de apoyo emocional, informacional e instrumental.

La existencia de la familia (red social primaria de los individuos), tanto conviviente como extensa y la calidad de las relaciones que se establecen con ellas (número de

membros, duración, frecuencia, cantidad...) son factores muy importantes tanto en la salud social (e incluso física y mental) del individuo como de cara a la provisión de servicios dado su volumen y peso específico en la prestación de cuidados.

## 2.1. RELACIÓN CONVIVENCIAL

- **Persona sola con/sin familia**
- **Persona sola con relaciones familiares**
- **Persona sola sin relaciones familiares**

■ **Unidad convivencial en conflicto relacional entre adultos, intergeneracional entre hijos, entre vecinos, si se manifiesta habitualmente alguno de los siguientes comportamientos:**

- Discusiones frecuentes con agresividad
- Rechazo o pasividad hacia algún miembro
- Imposibilidad o grave dificultad de diálogo
- Laxitud de disciplina
- Abandono, fuga o expulsión del hogar del adulto, menor o joven
- Conflictos de roles
- Falta de respeto
- Conductas autoritarias
- Duplicidad de órdenes
- Utilización del menor en conflictos de pareja
- Otros

■ **Unidad convivencial sin conflictos relacionales relevantes / graves**

■ **Unidad convivencial con familia extensa:**

- Relación satisfactoria
- Son conflictivas
- Se han roto las relaciones
- Son de manipulación

### ■ **Unidad convivencial incompleta por:**

- Inexistencia o ausencia de miembros
- Hospitalización
- Privación de libertad
- Institucionalización
- Muertes

### ■ **Situaciones de la unidad convivencial con repercusión en el cuidado y protección de sus miembros por:**

- Trabajo
- Enfermedad
- Ausencia prolongadas
- Convivencia con otros miembros con adicciones

### ■ **Maltrato y abandono**

- Físicas
- Prenatal: abuso de alcohol, drogas...
- Hábitos de higiene
- Daños físicos, golpes, quemaduras
- En alimentación, vestido o sueño
- Emocional
- Cuidados médicos, vigilancia y control
- Rechazo afectivo, aislamiento, incomunicación
- Comunicación verbal a través de burlas, desprecio.
- Amenazas de abandono o expulsión
- Descontrol parental de emociones
- Amenaza contra la seguridad e integridad personal
- Sentimiento de culpabilidad
- Incomunicación activa en la relación
- Falta de respuestas a necesidades afectivas

### ■ **Abuso sexual**

- Incesto
- Objeto de
- Sujeto de
- Violación
- Vejación sexual
- Exhibicionismo
- Abuso de autoridad para conseguir placer
- Otras conductas o prácticas

### ■ **Corrupción de menores**

- Exposición cotidiana a hábitos de alcoholismo, drogas, prostitución
- Delincuencia
- Proxenetismo
- Extorsión

## 2.2. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL

### ■ **Alimentación**

- Buena
- Escasa o pobre
- Desorganización en horarios
- Inadecuada por edad o enfermedad
- Sin variedad

### ■ **Higiene familiar y del hábitat**

- Hábitos saludables
- Suciedad en ropa y cuerpo
- Aspecto general descuidado
- Acumulación de suciedad en el hogar

### ■ **Administración económica**

- Adecuada
- El presupuesto se gasta inadecuadamente
- No se llega a fin de mes
- No se cubren las necesidades básicas
- Se gastan en bienes no básicos

### ■ **Reparto de tareas en administración económica**

- Se excluye de estas responsabilidades a miembros que deben participar en la administración presupuestaria
- Existe abuso de poder en el manejo del presupuesto familiar
- Los responsables idóneos en la administración han sido sustituidos por su manifiesta incompetencia
- Asunción de la administración económica por persona incompetente (edad, salud mental...)

#### ■ Reparto de las tareas domésticas

- Las tareas domésticas se cargan sobre un solo miembro
- Por negligencia de los adultos recaen sobre menores
- Existen miembros con capacidad que no contribuyen en las tareas domésticas.
- Las tareas recaen en un apoyo exterior; apoyo o institución.

#### ■ Responsabilidad en educación y cuidado de los menores

- Se desentiende totalmente algún miembro con responsabilidad adquirida
- Se desentienden los progenitores o cuidadores habituales
- El cuidado recae en apoyos institucionales
- El cuidado recae sobre la familia extensa y/u otros miembros
- Asunción adecuada de responsabilidad

### 3. HABILIDADES SOCIALES

Supone un conocimiento de la posesión, adquisición o ausencia por parte de la persona de las capacidades, destrezas, habilidades y conocimientos para su funcionamiento en la sociedad.

Ayuda a la persona a reducir su tendencia a moverse por impulsos, a valorar, a evitar que las cargas le superen, a canalizar la ansiedad, aprender a esperar...

#### ■ Capacidad de iniciar o mantener una conversación

- Iniciar conversación
- Formular preguntas
- Saber presentar
- Mantener conversación
- Dar las gracias
- Hacer un cumplido
- Presentarse

#### ■ **Capacidad de captar y expresar sentimientos propios y de los demás**

- Conocer sentimientos propios
- Saber expresarlos
- Expresar afecto
- Comprender sentimientos de los demás
- Resolver el miedo
- Autorrecompensarse

#### ■ **Capacidad de analizar con realismo su situación y proponerse objetivos en relación al progreso de su vida**

- Conocimiento de recursos propios
- Familiares y sociales
- Saber pedir ayuda, negociar, emplear autocontrol, participar y seguir instrucciones
- Afán de superación
- Formulación de objetivos realistas

#### ■ **Relacionados con la resolución de conflictos**

- Escuchar
- Formular preguntas
- Negociar
- Aportar razones para convencer
- Plantear alternativas
- Compartir para acabar con el conflicto
- Solicitar cambio de conducta
- Responder a la presión con convencimiento. No ceder
- No entrar en peleas
- Defender a un amigo

#### ■ **Adaptación a situaciones nuevas o inmodificables**

- No precipitarse en las respuestas
- Analizar fallos o errores cometidos
- Responder al fracaso o cambio de situación con objetivos nuevos
- Estrategias adecuadas a los objetivos
- Adecuación de objetivos

### **4. RECURSOS ECONÓMICOS**

Aunque existen variedad de escalas para medir la dimensión económica, en este apartado se hace un registro sobre los ingresos de la persona y de todos los convivientes, así como

sus gastos y necesidades económicas.

Hemos tomado como índice de referencia el Salario Mínimo Interprofesional (El Real Decreto 1613/2005 de 30 de diciembre lo fija en 540,90 € para 2006) al considerar esta cuantía económica como básica para el mantenimiento personal.

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que consideramos como pobreza severa aquella situación en la que los ingresos por persona se encuentran por debajo del 25 % de la renta por persona media del país.

### **Adecuada relación ingresos – gastos**

#### **■ No dispone de ingresos económicos a nivel:**

- Individual
- Familiar

#### **■ Nivel de ingresos personales mensuales**

- Menor al Salario Mínimo Interprofesional
- Más del S.M.I. y menos de 900 euros
- Entre 901 euros y 1200 euros
- Más de 1200 euros

#### **■ Nivel de ingresos de la unidad familiar mensualmente**

- Menor al Salario Mínimo Interprofesional
- Más del S.M.I. y menos de 900 euros
- Entre 901 euros y 1200 euros
- Más de 1200 euros

#### **■ Fuente de ingresos**

- Salario
- Pensión
- Contributiva
- No contributiva
- Otras prestaciones (R.A.I., Salario Social)
- Procedentes de actividades ilícitas
- Economía sumergida
- Mendicidad

- **Renta per cápita de la unidad convivencial**
- **Adecuación de ingresos a necesidades individuales y de la unidad convivencial**
- **Gastos fijos al mes**
- **Deudas**
- **Contribución económica a la unidad convivencial.**

### **5. AUTONOMÍA FÍSICA / PSÍQUICA**

Se registran características sobre patologías físicas, psíquicas, funcional o social aguda o crónica con distinto grado de severidad que le invalida, o no, permanentemente o que le hace encontrarse en situación de riesgo o dependencia.

- **No existe disminución de la autonomía**
- **Disminución leve de la autonomía**

#### **■ Disminución grave de la autonomía**

- Necesita de tratamientos puntuales no específicos
- Necesita de tratamientos continuados
- Está capacitado para valerse por sí mismo en la vida
- Dependencia de otras personas para algunas
- Necesita puntualmente ciertos cuidados funciones de la vida cotidiana

#### **■ Disminución total de la autonomía**

Afecta de forma considerable a la convivencia. Se puede dar situación de alto riesgo para sus miembros.

Necesita de tratamiento continuo y atención médica específica

Precisa de atención constante de otra persona al encontrarse incapacitado para realizar las funciones de la vida cotidiana (higiene personal, alimentación, higiene del hábitat, desplazamiento...)

### ■ **Disminución o pérdida temporal de la autonomía**

- Recaídas
- Descompensación de enfermedad mental
- Accidentes
- Enfermedad grave
- Otros

## **6. FORMACIÓN / EDUCACIÓN**

Valoramos esta área porque el nivel de formación /educación puede suponer una limitación o potencialidad en la capacidad de respuesta del individuo ante las exigencias del medio.

### ■ **Nivel de estudios**

- Analfabeto
- Analfabeto funcional
- Certificado de estudios primarios Graduado escolar/Graduado en E.S.O.
- Bachillerato, F.P. II... • F.P. III, Titulación de grado medio • Título Superior

### ■ **Formación no reglada**

- Si: Cursos F.P.O., Talleres ocupacionales, Talleres de Empleo, Casas Oficio, Escuelas Taller, Experiencias Mixtas, Otros
- No

### ■ **Cuenta con formación específica sin titulación**

- Trayectoria Escolar
- Rendimiento escolar normalizado
- Rendimiento escolar inadecuado
- Escolarización conflictiva por motivos étnicos, religiosos, sanitarios, laborales o conductuales del menor y/o su familia.
- Absentismo escolar
- Desescolarización
- Fracaso escolar

## 7. TRABAJO / OCUPACIÓN

Conocemos las aptitudes, actitudes y recursos que permiten a la persona situarse ante el mercado de trabajo, así como sus habilidades y destrezas para decidir y establecer su propio itinerario de inserción sociolaboral

### ■ Desempleado

- Desempleado temporal • Exclusión de larga duración (más de un año)
- Tiene formación adecuada pero no empleo
- No tiene calificación adecuada al mercado laboral
- Dificultades de inserción laboral por sexismo, racismo, edad o características especiales
- Obligaciones familiares insustituibles • Exclusión del mercado laboral
- Tiene formación adecuada pero no empleo
- No tiene calificación adecuada al mercado laboral
- Dificultades de inserción laboral por sexismo, racismo, edad o características especiales
- Obligaciones familiares insustituibles

### ■ Activo

- Con contrato o relación laboral temporal
- Con contrato o relación laboral indefinida

### ■ Ocupación sumergida ilegal

### ■ Trabajo sumergido

- Trabajo autónomo sin legalizar
- Ocupación por cuenta ajena en contrato

### ■ **Dificultades de adaptación en el empleo**

- Cambio de puesto de trabajo
- Trabajo inferior a su categoría profesional
- Discriminación salarial
- Trabajo de riesgo

### ■ **Condiciones laborales estresantes**

- Conflictividad con jefes y/o compañeros
- Horarios
- Inestabilidad laboral

### ■ **Abandono del mercado de trabajo por:**

- Jubilación, menos pensiones asistenciales y no contributivas
- Incapacidad temporal total
- Exigencias de tareas y responsabilidades
- Pre – jubilación
- Condiciones ambientales
- Otros

## **8. VIVIENDA**

La valoración de la vivienda descansaría tres pilares:

- la seguridad en la tenencia y continuidad de su uso
- la accesibilidad
- los equipamientos

Hay una gran diversidad y disparidad de viviendas, lo que dificulta una valoración homogénea, pero, sobre todo, en el campo de las adicciones el primer ítem sería uno de los más concluyentes, así como la ubicación y las condiciones de habitabilidad, mostrándonos un perfil claro para la incorporación social.

### ■ Carencia de vivienda

#### ■ Cuenta con vivienda

- De propiedad
- En régimen de alquiler
- Cedida
- Ocupación ilegal

#### ■ Condiciones de habitabilidad

- Hacinamiento
- Mal estado de la propia vivienda
- Alquiler compartido por dos o más familias
- Deterioro en paredes, suelos, ventanas...

### ■ Equipamiento con los que cuenta

- Baño
- Luz eléctrica
- Calefacción
- Teléfono
- Agua Caliente
- Electrodomésticos básicos
- Mobiliario básico
- Menaje o ajuar básico

#### ■ Localización de la vivienda

- Casco antiguo deteriorado
- Vivienda aislada
- Barreras (cuando sea problema para el usuario)
- Zona marginal
- Otros

#### ■ Situación de la vivienda

- Ruina
- Embargo
- Desahucio
- Otros

## 9. SITUACIÓN LEGAL

El trabajo en el campo de las adicciones requiere un análisis exhaustivo de las incidencias legales que surgen en la vida del adicto, por la influencia que estos puedan tener en su pronóstico y evolución en el tratamiento, así como en el estigma social que suponga en algunos casos y dificulte y/o impida alcanzar la normalización social.

### ■ Sin incidencias legales

- Con incidencias legales: • Anteriores al consumo
- Posteriores al consumo

- **Tipología de falta / delitos**
  - Robo   Hurto   Falsificaciones   • Delito contra la salud pública
  - Homicidio   • Violación   • Estafas
  - Otras actividades delictivas no penalizadas   • Otras

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Condenas</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Número</li><li>• Tiempo</li><li>• Causa</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Causas pendientes</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Número</li><li>• Tiempo</li><li>• Delito</li></ul></li></ul> |
|--|--|

- **Nivel de conocimiento de procesos jurídicos – penales**
  - Lo desconoce totalmente
  - Adecuadamente asesorado
  - Escasamente asesorado

- **Beneficiario de medida de seguridad**
  - No   • Sí   • Tipo

- **Libertad Condicional**

## 10. ÁREA RELACIONAL

Se articula de forma tridimensional y nos ofrece una visión sobre el desarrollo personal, la conexión de éste con el mundo, así como la disponibilidad de elementos preventivos del aislamiento social.

Son dimensiones de estudio muy presentes en la intervención social que tiene como objetivo final la necesidad de normalización.

Será interesante pues, detenernos en aspectos tales como: distribución del tiempo, facetas de ocio, intereses, motivaciones...qué hace la persona cuando no trabaja, así como indagar en el conocimiento que la persona posee sobre los recursos existentes en su comunidad y la vinculación que tiene con ellos.

**Red social primaria:** Constituye la red de apoyo natural mas cercana (familia, amigos, vecinos)

- Valorar la presencia /ausencia de apoyo en la red social primaria, para alcanzar sus objetivos de cambio.
- Tipo de relaciones que establece con red de consumo
- Competencias y habilidades para ampliar su red primaria

**Red Secundaria:** Red de apoyo natural pero organizado (grupos, asociaciones...etc.)

- Valorar la presencia /ausencia de fuentes de apoyo y ayuda organizada.
- Participación en asociaciones, colectivos culturales, sociales, religiosos, deportivos, etc. a los que estuvo y esta vinculado en la actualidad.
- Rechazo percibido del entorno

**Red terciaria:** Sistema de apoyo formal

## 10.1. OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Cuenta con tiempo libre: • Sí • No
- Número de horas semanales de tiempo libre
  - Distribución adecuada del tiempo libre
  - Ocupación del tiempo libre
  - En actividades que no necesita relacionarse con otras personas (lectura, marquería...)
  - En actividades que se relaciona con otras personas • Grupos de riesgo
  - Grupos normalizados
  - Se relacionan indistintamente con grupos de riesgo / normalizados
  - Disponibilidad de medios (materiales, actitudinales, humanos, económicos...) para ocupar el tiempo libre en actividades que le son gratificantes.
  - Comparte su tiempo libre en actividades con la familia.

## 10.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL

### ■ Participación formal en:

- Redes educativas
- Organizaciones vecinales
- Movimientos sociales Religiosas
- Organizaciones profesionales
- Políticas
- Sindicales
- Otras

### ■ Participación no formal en:

- Cuadrillas
- Fiestas Cultos y ritos
- Costumbres Populares
- Otras

■ **Ausencia de participación formal o no formal**

- Aislamiento social por:
- Lengua, cultura, etnia.
  - Internamiento
  - Características especiales
  - Otras

**10.3. CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD**

■ **Conoce el funcionamiento de los sistemas públicos**

- Educación
- Justicia
- Seguros sociales
- Participación social
- Otros

■ **Si no los conoce sabe y puede dirigirse a otras fuentes e información fidedignas**

■ **Conoce el funcionamiento de los sistemas públicos y/o sus funciones pero no puede acudir a ellos por inhibición multicausal**

■ **Desconoce los sistemas públicos y las fuentes de información**

■ **Conoce y utiliza recursos del sistema de Bienestar Social**

- Servicios Sociales Comunitarios
- Servicios Sociales Especializados
- Educativo-formativos
- Empleo
- Vivienda
- Salud
- Otros

## 10- RECURSOS Y PROGRAMAS

La incorporación social en el II PASDA contempla una serie de recursos y programas que tienen la característica de ser personalizados, diseñados conjuntamente con el usuario y adaptados a las necesidades individuales.

### RECURSOS

#### **Viviendas de Apoyo a la Reinserción**

Son unidades de alojamiento y convivencia ubicados en edificios o zonas normalizadas destinados a personas con problemas de drogodependencias y adicciones en fase de incorporación social. Están dirigidas especialmente a personas que han logrado una estabilización en su proceso, necesitando del mismo para mejorar sus relaciones sociales y vinculación con el entorno. Se cuenta con 12 Viviendas con un total de 84 plazas.

#### **Centros de Día**

Los Centros de Día constituyen un espacio terapéutico en el que se realizan intervenciones socioeducativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento.

Actualmente hay 23 Centros de Día en funcionamiento en Andalucía.

#### **Empresas de Inserción**

Las empresas de inserción AISOL S.L. y FUNDAGRO S.L. tienen como objetivo el acceso al mercado laboral de personas en proceso de incorporación social.

## **PROGRAMAS**

### **A) INCORPORACIÓN LABORAL**

- **RED DE ARTESANOS**

Dirigido a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin la formación necesaria para acceder a un empleo, facilitándoles el aprendizaje de un oficio en un entorno laboral normalizado.

- **ARQUÍMEDES**

Con el objetivo de promover la contratación de personas en proceso de incorporación social por parte de empresas privadas y entidades públicas.

### **B) FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL**

Proporciona formación y aporta conocimientos a personas afectadas por una drogodependencia.

### **C) ASESORAMIENTO JURÍDICO**

Presta atención jurídico-penal a personas en tratamiento en Centros Provinciales de Drogodependencias y en las Comunidades Terapéuticas de Lopera y Buenos Aires.

### **D) ANDALUCÍA ORIENTA**

Para promover la incorporación laboral ofreciendo orientación profesional y asesoramiento especializado en la búsqueda de formación y empleo.

### **E) EDUCACIÓN PERMANENTE DE ADULTOS**

Pretende una respuesta educativa adaptada a sus circunstancias a las personas atendidas en los recursos asistenciales.

## **PROGRAMAS**

### **A) INCORPORACIÓN LABORAL**

- **RED DE ARTESANOS**

Dirigido a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin la formación necesaria para acceder a un empleo, facilitándoles el aprendizaje de un oficio en un entorno laboral normalizado.

- **ARQUÍMEDES**

Con el objetivo de promover la contratación de personas en proceso de incorporación social por parte de empresas privadas y entidades públicas.

### **B) FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL**

Proporciona formación y aporta conocimientos a personas afectadas por una drogodependencia.

### **C) ASESORAMIENTO JURÍDICO**

Presta atención jurídico-penal a personas en tratamiento en Centros Provinciales de Drogodependencias y en las Comunidades Terapéuticas de Lopera y Buenos Aires.

### **D) ANDALUCÍA ORIENTA**

Para promover la incorporación laboral ofreciendo orientación profesional y asesoramiento especializado en la búsqueda de formación y empleo.

### **E) EDUCACIÓN PERMANENTE DE ADULTOS**

Pretende una respuesta educativa adaptada a sus circunstancias a las personas atendidas en los recursos asistenciales.

## 11 BIBLIOGRAFÍA

- Acompañamiento y los procesos de incorporación social. SARTU 2001.
- Manual de indicadores de diagnóstico social. Maite Martín Muñoz.  
[www.diagnosticosocial.com](http://www.diagnosticosocial.com)
- Molina M. B. El diagnóstico social en el tratamiento del drogodependiente.
- Molina M. B. Realidades y necesidades de la inserción social. Primeras Jornadas de recursos públicos en drogodependencias "De la formación a la intervención". Junta de Andalucía. Universidad de Granada. Diputación Provincial de Granada.
- Nieva Pilar. "La reinserción en el marco municipal". (1987).
- Lorenzo Sánchez. La inserción social de los drogodependientes en el marco del sistema público de servicios sociales. Revista de Trabajo Social nº 121. (1991).