

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA INSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES
DESDE LOS RECURSOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LAS
DROGODEPENDENCIAS

NADIA ELENA CHINEA LORENZO

Grado en Trabajo Social

Directora: Berta Puyol Lerga

ÍNDICE

Introducción.....	3
1. Justificación.....	5
2. Objetivos.....	8
3. Hipótesis.....	9
4. Método.....	10
5. Fundamentos teóricos.....	13
5.1 Historia del consumo de drogas en España.....	15
5.2 Principales recursos especializados en Canarias.....	18
5.3 Prevención y asistencia.....	21
5.4 Proceso básico de intervención en los recursos especializados.....	24
5.5 Integración y exclusión social en drogodependencias.....	26
6. Resultados obtenidos.....	33
7. Análisis de datos y discusión.....	50
8. Conclusiones y alternativas propuestas.....	55
9. Repercusiones personales y profesionales de la realización de este trabajo.....	59
Referencias Bibliográficas.....	60
Anexo 1. Instrumentos utilizados en los recursos especializados	
Anexo 2. Cuestionario sobre la inserción social de usuarios drogodependientes	

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta ha investigado sobre la incorporación social de personas con dependencia a las drogas, desde los recursos especializados de atención a las drogodependencias, situados en la isla de Tenerife.

El principal cometido de este estudio es conocer en qué consiste la actuación profesional que se realiza en estos centros especializados, en relación a las actividades para propiciar la integración social de personas drogodependientes.

Se parte de la idea de Ramírez (2012) de que la sociedad puede favorecer la incorporación social de las personas, potenciando valores de convivencia y solidaridad que inspiran las políticas sociales. Los individuos, por su parte, pueden trabajar por esa integración adoptando una actitud comprometida con su sociedad y proactiva en su proceso de incorporación. En medio de una y otros es donde se encuentran los profesionales de la incorporación social, que trabajan para la consolidación del bienestar personal de este colectivo de personas.

Se destaca así, la importancia de la labor que se lleva a cabo dentro de los recursos específicos en drogodependencias existentes hoy en día, que juegan un papel fundamental en el proceso de desintoxicación, deshabitación e incorporación social de los individuos que padecen adicción a alguna sustancia.

Para la presentación del estudio se han concretado siete grandes apartados. Así, en el primero se justifica por qué se ha llevado a cabo el trabajo, indicando aspectos destacables del ámbito de las drogodependencias y la importancia del estudio de los mismos para su realización.

En el tercer y cuarto apartado, se plasman los objetivos generales y específicos que se propusieron para llevar a cabo este trabajo y el método utilizado, especificando las hipótesis iniciales, cómo se han realizado las actividades o las técnicas de recogida de datos.

Para finalizar, en los tres últimos apartados, se señalan los resultados obtenidos tras el volcado de los datos recopilados, el análisis de los mismos y la discusión y las conclusiones finales y alternativas propuestas para la temática estudiada.

1. Justificación

El presente estudio nace ante la necesidad de seguir investigando sobre el fenómeno de las drogodependencias y sobre los problemas que el mismo viene acarreado desde antaño en las vidas personales, sociales, familiares y laborales de las personas que la padecen.

Se trata de investigar en qué consiste la actuación profesional en materia de inserción que se lleva a cabo desde los recursos especializados de atención a las drogodependencias en la isla de Tenerife.

Inicialmente, se debe tener en cuenta que, el hecho de poseer una adicción a las drogas es un factor altamente negativo para la vida de las personas. En la sociedad actual, a pesar de los muchos avances que se han conseguido a lo largo de los años en esta materia, prevalecen los juicios y los estigmas hacia los que son considerados “diferentes”. Es por esto que se dice que la exclusión social es un “fenómeno multidimensional que afecta a las personas y dificulta su participación en la sociedad” (Fundación Atenea, 2012. p.6).

La adicción a las drogas, según Cleméndiz (2009), sigue siendo uno de los problemas socio-sanitarios más importantes en todo el mundo. Lo es hoy más, si cabe, porque nuestra sociedad se encuentra en una época de cambios de actitud frente al problema de las drogodependencias. Desde la absoluta permisividad a la que se llegó en algunos países hace más de tres décadas, se pasó, al rechazo social del drogodependiente ya que este fenómeno ha alcanzado una extraordinaria importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias. Para estudiar dicho fenómeno se debe tener en cuenta que en él convergen dimensiones puramente médicas, junto con otras de tipo

para favorecer la incorporación significa también trabajar para luchar contra la exclusión... y en el fondo ser conscientes de que vivimos en una sociedad que genera exclusión” (Fundación Atenea, 2012. p. 14).

No obstante, como expone UNAD (2005) en su informe sobre incorporación social de personas con problemas de drogas, la cuestión de la exclusión y de la incorporación social remite siempre a considerar los niveles de justicia e injusticia que existen en cada sociedad. Como telón de fondo, está la dualización, la tendencia en aumento a que la sociedad escinda en dos colectivos: los que siguen la marcha (consumen, funcionan, participan) y los que quedan aparcados, en la otra orilla, cada vez por más tiempo, cada vez más distantes. Es en ese mapa social desigual e injusto en el que los recursos actúan, tratando de desarrollar estrategias que cambien y mejoren la situación de los grupos sociales más vulnerables y en el que hay que seguir exigiendo a la administración el desarrollo de políticas públicas que garanticen la igualdad de derechos de la ciudadanía, la cobertura de las necesidades de los grupos más desfavorecidos y que incidan sobre las causas de la marginación y exclusión social.

Es por esto que, “queda clara la necesidad de avanzar a nivel conceptual en la delimitación de lo que es asistencia y de lo que es integración en materia de drogodependencias. La respuesta asistencial debe cubrir objetivos de carácter terapéutico dirigidos, fundamentalmente, a abordar el problema de la relación sujeto-drogas y, en la medida en que estos objetivos se van cubriendo, quedará un espacio para solucionar una serie de problemas relacionados con la relación sujeto-entorno social. No se trata de crear dos comportamientos estancos, es un proceso único, pero es importante

diferenciar los objetivos que se wish to remove this line by idos que tienen más relación con la integración en lo social” (Jiménez Comas y Carrón 1995 pp 173 174)

relacionados con la inserción social tales como la existencia o no de un protocolo específico para la iniciación del proceso, el tipo de actividades y la frecuencia con la que se realizan, el grado de implicación que suelen tener las familias, la existencia o no de una evaluación etc.

Finalmente, destacar que, no solo se pretende investigar lo anteriormente nombrado, sino crear una visión que posibilite la detección de posibles deficiencias en el proceso o aspectos mejorables, siempre atendiendo al bienestar de los usuarios drogodependientes.

2. Objetivo General

- Conocer en qué consiste la actuación profesional, que se realiza en los recursos especializados de atención a las drogodependencias en la Isla de Tenerife, en relación al proceso de inserción social de los usuarios.

Objetivos específicos

- Conocer si existe un protocolo específico a seguir para la iniciación del proceso de inserción social.
- Conocer sobre quien recae la toma de decisiones para llevar a cabo el proceso de inserción social del usuario/a.
- Investigar si se exigen unas condiciones concretas que deban presentar los usuarios para iniciar el proceso.
- Investigar si las actividades que se llevan a cabo son individuales, familiares y grupales.
- Conocer la frecuencia con la que se realizan dichas actividades.
- Investigar si existe una evaluación para el proceso de inserción social de drogodependientes y cuáles son sus objetivos, instrumentos e indicadores.
- Conocer quién lleva a cabo la evaluación del proceso de inserción social del usuario/a.

3. Hipótesis

H1. Cada uno de los recursos cuenta con un protocolo específico a seguir para la iniciación de la realización de las actividades dentro del proceso de inserción social de drogodependientes.

H2. El equipo terapéutico de cada uno de los centros especializados es el que decide cómo se llevará a cabo el proceso de inserción social.

H3. Se cuenta con una serie de condiciones específicas que deben ser cumplidas por el usuario para poder iniciar el proceso de inserción social.

H4. Dentro de los recursos especializados, las actividades para propiciar la integración social de drogodependientes se dividen en individuales, familiares y grupales.

H5. Una vez iniciado el proceso de inserción social, la realización de las actividades se lleva a cabo diariamente.

H6. Las actividades para la procuración de la inserción social de los usuarios drogodependientes son supervisadas por el equipo terapéutico de estos centros.

H7. Existe una evaluación para el proceso de inserción social de personas drogodependientes.

H8. La evaluación sobre el proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes es realizada por el equipo terapéutico de estos recursos especializados.

H9. Los usuarios tienen plena capacidad para la participación en la toma de decisiones de su propio proceso de inserción social.

4. Método

Como punto de partida para ajustar el diseño del estudio a la realidad con la que se trabaja se habla de un tipo de metodología cuantitativa, concretamente utilizando la encuesta como técnica principal de recogida de datos. La investigación cuantitativa “recoge y analiza datos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos y estudia la asociación y relación entre variables cuantificadas” (Herrera, 2011, p. 6).

Según Herrera (2011), la investigación cuantitativa es débil en términos de validez interna (casi nunca se sabe si mide lo que se quiere medir), pero es muy fuerte en validez externa, lo que encuentra es generalizable a la población.

La principal técnica de recogida de datos utilizada es la encuesta. Según Herrera (2011), se trata de una estrategia de investigación que se basa en las declaraciones verbales de una población concreta, elegida previamente. La muestra debe ser representativa de la población y la información se limita a las preguntas que componen el cuestionario. Sus características principales son:

- La información se adquiere mediante la observación indirecta a través de las respuestas de los sujetos encuestados.
- Puede incluir aspectos objetivos y subjetivos del presente o del pasado.
- Para que las respuestas puedan compararse, la información debe ser recogida de forma estructurada.
- Las respuestas se agrupan y cuantifican para examinar las relaciones entre ellas.
- La significatividad de la información dependerá de la existencia de errores

Dicha encuesta es de tipo descriptivo “que busca la explicación de un fenómeno o variable dependiente mediante el análisis de su relación con una o varias variables independiente o causas de ese fenómeno. Habitualmente, tal relación se expresa mediante una hipótesis” (Herrera, 2011. p. 24).

Además, consta de una serie de preguntas semiestructuradas elaborada, *ad hoc*, de acuerdo con los objetivos del estudio. Concretamente se compone por veintitrés preguntas, cinco de ellas son de carácter abierto, donde las respuestas de los entrevistados pueden variar ya que se tiene un margen más amplio para las mismas, y las otras dieciocho de carácter cerrado (Anexo 2.)

Se realizaron, en total, y a lo largo del mes de junio, once encuestas. Cinco de ellas a modo de entrevista, acudiendo a los siguientes recursos especializados de atención a las drogodependencias: UAD de la Matanza, UAD de Santa Cruz, UAD de La Laguna, UAD del Puerto de la Cruz y UAD de Ofra. Tratando directamente con los trabajadores sociales de los mismos y visitando las diversas instalaciones como por ejemplo el centro de dispensación de metadona en la UAD del Puerto de la Cruz. Este tipo de entrevistas tuvieron una duración media de una hora por cada una.

Las seis encuestas restantes fueron cumplimentadas a través de correo electrónico, pero previamente se mantuvo contacto telefónico con cada uno de los centros. Los recursos en los que los trabajadores sociales respondieron de esta manera fueron: UAD de Añaza, UAD de Granadilla, UAD de Icod, UAD de Los Realejos, Centro de día Cercado del Marqués y Comunidad Terapéutica Las Crucitas.

Tabla por tipo de centro especializado de atención a las drogodependencias

<u>Tipología de centros especializados</u>	<u>Cantidad de recursos</u>
--	-----------------------------

de inserción social de los usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Se considera importante, recoger los datos de la interacción que surjan de manera espontánea a la hora de realizar la entrevista, ya que pueden ser pertinentes para los fines de la investigación. De esta manera, de las cinco entrevistas que se realizaron directamente a los trabajadores sociales, se observaron muchos aspectos importantes que a nivel estructural, a nivel personal en relación al trato con los profesionales, así como de las situaciones espontáneas que se pudieron observar como por ejemplo conversaciones de los propios usuarios con los profesionales en la recepción de los centros, lenguaje corporal de los usuarios que se encontraban en la sala de espera, el trato entre los profesionales pertenecientes a los centros etc.

5. Fundamentos Teóricos

En materia de drogas, los conceptos básicos que se deben controlar para tener una correcta comprensión del fenómeno son muy diversos. Es por ello que se desglosan a continuación algunos de ellos.

Teniendo esto en cuenta, se destaca que se entiende por droga “todas aquellas sustancias que administradas por cualquier vía, sean capaces de producir cambios en la conducta, producir efectos nocivos para la salud y el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que puedan modificar una o más funciones del organismo” (Ley 9/1998, art. 2).

Según Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009), la delimitación de los conceptos de uso, hábito y abuso es una tarea difícil, debido a todos los condicionantes que entran en unos y en otros. A pesar de ello entiende que el uso de una sustancia no tiene ninguna significación social, es decir, el término uso indica sencillamente consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares etc. en ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

También propone el concepto de hábito como la costumbre de usar una sustancia por haberse acostumbrado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual.

Asimismo, la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias comprende los siguientes conceptos:

- Consumo de drogas: “El uso no terapéutico, inadecuado o perjudicial de las drogas”.
- Drogodependencia: “Aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psíquico y social del individuo y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas”.
- Prevención: “Todas aquellas medidas encaminadas a limitar y, en su caso, eliminar la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas a su consumo”.
- Desintoxicación: “Proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo”.
- Deshabitación: “Proceso terapéutico dirigido a la eliminación de un hábito o dependencia psicológica”.
- Rehabilitación: “Proceso de recuperación de los aspectos individuales de comportamiento en la sociedad”.
- Inserción: “Proceso de incorporación de una persona a su ambiente habitual y social como ciudadano responsable y autónomo”.

Además, una de las características más importantes de algunas drogas es su capacidad para producir problemas de dependencia, entendiéndose esta como “el conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (Fernando. 2014. p. 4).

atención a las drogodependencias o el proceso básico de intervención en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

5.1 Historia del consumo de drogas en España

Una comprensión íntegra de la realidad del consumo de drogas en España, sobre su evolución y cambios en los paradigmas, exige una visión retrospectiva. Se puede observar que, mirando atrás, se encuentran dos tiempos en los que dichos consumos de drogas, con sus características y su significación, son específicamente diferentes.

Según Botella, Salvador y Pascual (2002), un primer periodo sería aquel en el que, existiendo el consumo de sustancias estupefacientes, aún esto no es considerado un problema social. El segundo periodo se caracteriza por la eclosión de determinados consumos, con consecuencias muy conflictivas y su posterior conceptualización como problema social. Es entonces cuando surgen las primeras instituciones y asociaciones de actuación ante las drogas. Por consiguiente y, a causa de la disminución de los consumos que habían producido una mayor alarma social así como el surgimiento de nuevas sustancias y el cambio de patrones de consumo en algunas de las anteriores, se produce un nuevo cambio de paradigma cuya característica general sería una cierta normalización del fenómeno y la consecuente disminución del conflicto social. A continuación se incidirá un poco más en cada uno de estos tiempos.

Cierto es que no se encuentran datos epistemológicos de relevancia en estos periodos, pero “ya se daban consumos de sustancias muy diversas por gran parte de la población. En especial el tabaco y el alcohol. El cannabis tenía también un consumo relativamente alto, asociado a connotaciones contraculturales y políticas en la España predemocrática.

Se encontraba además, el consumo de ciertos psicoestimulantes como las anfetaminas y

mantuvo al margen de las modificaciones, tanto jurídicas como sociales, que se desarrollaban a nivel internacional. No se consumía ni heroína ni cocaína, pero existía un amplio grupo tolerado de morfinómanos: heridos y mutilados de guerra y personal sanitario con fácil acceso a la droga. El panorama cambia en la década de los 60 con el despegue económico, la emigración rural y la creación de grandes áreas metropolitanas. Se provoca una intensa desorganización social con problemas de desarraigo, armonía y alineación, que exigen en el seno de un sistema político autoritario, vías de escape alternativas.

Pese a ello, se dice que “España ha sido uno de los países del mundo donde las consecuencias del uso de drogas ilegales han sido más desastrosas para la salud pública y, sin embargo, las evaluaciones de las políticas públicas sobre drogas han sido y siguen siendo muy autocomplacientes. Así, en la presentación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 se dice que con lo hecho desde 1985 «nuestro país puede sentirse razonablemente satisfecho», y que «se han alcanzado una serie de logros que nos colocan entre los países más avanzados en el desarrollo de las políticas frente a las drogas»” (De la Fuente; Brugal; Domingo; Bravo; Neira; Barrio. 2006. p. 1).

No obstante, para poder comprender mejor la evolución del consumo de drogas en España a lo largo de los años se debe decir que, como expone Comas (2014) el análisis, e incluso la mera descripción histórica del fenómeno drogas, ha implicado, al menos hasta el momento, una serie de dificultades, relacionadas con el papel que ha jugado la “baza histórica” en la conformación de las “políticas sobre drogas” a lo largo del siglo XX. En este sentido se han ido conformando en paralelo “dos historias” antagónicas, que han producido muchos avances, pero también una serie de dificultades para una

comparación histórica del consumo de drogas. Promovida por la institución asociada al

“proyecto prohibicionista” donde la historia sobre la droga es un mero relato sobre

vive en cada momento. A lo largo de los años se ha podido apreciar el cambio en la visión y el concepto que se tiene sobre el consumo de drogas, así como la imagen de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y lo que puede ser considerado nocivo o beneficioso tanto para la salud como para la vida social, política y cultural de las mismas.

En cuanto a la situación actual del consumo de drogas en España, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) el consumo de sustancias ilegales en España es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Cannabis, cocaína y éxtasis son por este orden las sustancias ilegales más ingeridas. Frente a este incremento, se constata un descenso del consumo de heroína y las muertes asociadas al uso de este opiáceo. En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias psicoactivas de mayor consumo. El empleo de cannabis y cocaína se ha incrementado sobre todo en el sector más joven de la población. En las últimas encuestas a población general y escolar confirman las características de este fenómeno: el cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Desde 1995, este consumo se ha multiplicado por 1,5 aproximadamente, según revelan todos los indicadores de las distintas encuestas. En ese año, la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos doce meses se situaba en un 7,5% de la población entre los 15 y los 64 años, mientras que en 2003 esta proporción se sitúa en un 11,3%. La encuesta domiciliaria de 2003 indica asimismo que un 7,6% de los españoles de entre 15 y 64 años asegura haber consumido cannabis en los últimos 30 días y un 1,5% a diario. La extensión del consumo de esta sustancia se ha producido en todos los grupos de edad y sexo, aunque en los últimos años ha sido más intenso entre los hombres, sobre todo entre los más jóvenes.

5.2 Principales Recursos de Atención a las Drogodependencias en Canarias

Desde el Gobierno de Canarias y a través de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias (2014) se establecen una serie de recursos especializados en atención a las drogodependencias. Estos son:

Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD): Estas unidades, conocidas como UAD, son el primer lugar al que hay que dirigirse para iniciar un tratamiento. Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabituación. Las UAD están atendidas por profesionales y en ellas se ofrece atención médica, psicológica, terapéutica y social a todas aquellas personas que tienen problemas derivados del consumo de drogas.

Comunidades terapéuticas: Son centros de carácter residencial orientados principalmente a la deshabituación y rehabilitación de aquellos drogodependientes que por sus circunstancias y características no pueden seguir con garantías su tratamiento de forma ambulatoria. El acceso a las Comunidades Terapéuticas se realiza siempre a través de las UAD. En estos centros el drogodependiente se prepara para su incorporación social a través de la reestructuración de hábitos y de la formación académica y ocupacional.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: (UDH): Estas unidades se encuentran

Programas específicos en Centros Penitenciarios: Son programas que se desarrollan dentro de las prisiones y que están dirigidos a drogodependientes que se encuentran cumpliendo condena. Estos programas son voluntarios y en ellos se realiza un tratamiento terapéutico para abandonar el consumo de drogas, a la vez que se coordina con otros recursos externos a la prisión para continuar el tratamiento, si no se ha completado, y para facilitar su incorporación social.

Además sería interesante destacar en este apartado las funciones básicas que cumplen los trabajadores sociales dentro de estos recursos especializados de atención a las drogodependencias. Por ello y según exponen Pastor, Tolosa, Campos y Herrero, en la Guía de intervención de trabajo social (2012) el trabajador social tiene unas actividades específicas a realizar dentro de estos recursos en sus diferentes niveles (individual, grupal, familiar y comunitario). Algunas de ellas son:

A nivel individual:

- Recibir al paciente y estudiar la ficha de derivación elaborada por la UCA/UA.
- Recoger datos y abrir la historia clínica: cumplimentación de la historia toxicológica, social, legal y sociofamiliar del/la paciente.
- Valorar la situación del/la paciente en relación a las diferentes áreas de intervención social: jurídico-legal, económica y de vivienda, formativa, laboral, sociosanitaria, de ocio y tiempo libre.
- Elaborar el diagnóstico social e identificar casos susceptibles de intervención social.
- Solicitar y recoger documentación para el estudio de las cuestiones sociales

A nivel grupal:

- Principalmente se llevan a cabo grupos socioeducativos, cuyo objetivo es la adquisición de hábitos saludables, desarrollo de habilidades sociales, mejora de la formación e inserción sociolaboral, etc.

A nivel familiar:

- Realizar entrevistas de seguimiento, individuales y grupales, para potenciar el apoyo al tratamiento y la toma de conciencia respecto a la problemática.
- Informar, orientar y asesorar a la familia sobre los factores que influyen en el trastorno adictivo.
- Realizar una intervención familiar específica para adecuar los roles relacionales, establecer normas, límites y pautas de convivencia necesarias para abordar la problemática.
- Derivar la familia al/la psicólogo/a del centro cuando se detecten problemáticas específicas que requieran una atención psicoterapéutica.
- Detectar situaciones sociales de riesgo en el núcleo de convivencia y orientación o derivar a recursos especializados según los protocolos de actuación establecidos.
- Impulsar el acceso de la familia a recursos comunitarios normalizados.
- Extender la red de apoyo social del núcleo familiar como factor de prevención frente a la segregación y la estigmatización.

A nivel comunitario:

- Conocer el perfil de la comunidad y de los recursos.
- Facilitar a las instituciones sociales, asociaciones y al resto de la comunidad

5.3 Prevención y asistencia

Una vez contextualizado el fenómeno del consumo de drogas, es posible abordar de forma objetiva las bases de la prevención. Según el Plan Municipal contra las Drogas de Madrid (2002), a lo largo de estos últimos años la prevención y sus estrategias de actuación han evolucionado a la par que el fenómeno del consumo de drogas. Las primeras actuaciones en prevención estaban condicionadas en su punto de partida por la urgencia generada y por la alarma social. Se destacaba que estas estrategias carecían de una planificación correcta y no se ajustaban a las necesidades reales de la población destinataria. Por ello, las actuaciones preventivas tienen dos campos de actuación concretos: la reducción de la oferta de drogas que son “aquellas medidas legislativas, judiciales y policiales tendentes a disminuir la disponibilidad de sustancias” y la reducción de la demanda de droga que son las que “se conocen actualmente como medidas preventivas dirigidas a los individuos y los grupos sociales”. Así, se define prevención como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Plan Municipal sobre Drogas 2002.p. 1).

Otra perspectiva de la prevención en drogodependencia es la de Botella, Salvador y Pascual (2002) que expone que el concepto de prevención está profundamente arraigado en nuestra cultura desde hace siglos y, tal vez por ello, en el amplio paraguas de la prevención se han venido situando de forma recurrente muy distintas iniciativas, actuaciones, programas y estrategias de carácter específico e inespecífico. Por ello dice que la prevención intenta específicamente reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad del primer consumo de distintas drogas, así como evitar o reducir los daños personales o sociales provocados por el consumo, el uso

- Informar adecuada y oportunamente a la población sobre las sustancias que puedan generar dependencia
- Educar para la salud y formar profesionales en este campo
- Corregir las condiciones sociales y personales que favorecen los factores de riesgo y el consumo de drogas
- Adoptar medidas que tienda a evitar los prejuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino también para terceros.
- Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general, respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

Según Acero, Moreno, Moreno y Sánchez (2002) y teniendo en cuenta que el fenómeno de la drogodependencia tiene un carácter multicausal, son múltiples los factores que condicionan el consumo de drogas (características personales de los sujetos consumidores, oferta de sustancias, características farmacológicas de las mismas, determinadas variables familiares y del entorno social etc) y su gran complejidad, determinan que no existan estrategias sencillas para su prevención. En consecuencia, las políticas dirigidas a la prevención del consumo de drogas deben compaginar la globalidad de las intervenciones con el desarrollo de acciones selectivas sobre ciertos colectivos y grupos sociales y la actuación concreta sobre determinados factores o circunstancias que actúan estimulando o facilitando el uso de drogas (factores de riesgo) o bien sobre aquellos otros que como la información, la educación, las competencias personales o sociales, o determinados valores, actúan impidiendo los mismos (factores de protección) y que hacen a los individuos menos vulnerables al consumo de drogas.

- A la información sobre los servicios a los que en cada momento puede acceder, requisitos y exigencias que plantea su tratamiento
- A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro o servicio acreditado
- A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento
- A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales, así como al respeto a su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso terapéutico
- A una información completa y comprensible, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo
- A que se le extienda certificación gratuita y acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido o esté siguiendo

Además, la Ley dispone que la asistencia se realice sin discriminación alguna, en igualdad de condiciones con el resto de la población. Asimismo, establece el marco general de coordinación de los servicios sanitarios y sociales a drogodependientes, para dar una respuesta adecuada al objeto de alcanzar la integración familiar y social, como culminación del proceso de atención.

Queda claro que, la asistencia en materia de drogodependencias debe centrarse concretamente en consolidar una red de recursos capaces de cubrir las necesidades reales de los usuarios drogodependientes, con accesibilidad total para los mismos, con apoyo sanitario así como de cualquier otro ámbito. Teniendo en cuenta las características individuales de las personas y tratando de dar una respuesta asistencial plena en todas las situaciones que, por consumo de sustancias, dificulten el bienestar de

entrada al sistema. Este primer nivel varía de una Comunidad a otra en función de la propia idiosincrasia de cada territorio. Suele tratarse de recursos fácilmente accesibles, de poca exigencia inicial para el drogodependiente y cuyos principales objetivos son, entre otros, la detección, captación, motivación, atención inicial básica y derivación de los pacientes a servicios más especializados. En este nivel se incluyen los centros o equipos de atención primaria, los centros específicos de atención a las drogodependencias con programas iniciales de bajo de exigencia, los recursos de reducción del daño, etc. Posteriormente los pacientes suelen ser atendidos en recursos específicos de atención a las drogodependencias dotados en general de equipos multidisciplinares encargados de diseñar y desarrolla para cada paciente un programa individualizado de intervención y tratamiento. Entre estos recursos se encuentran centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, siendo el acceso directo o por derivación de los dispositivos anteriormente mencionados. Estos centros y recursos se integraran en cada CC.AA bien en atención primaria, bien en salud mental, en la red de recursos sociales, etc. dependiendo de las particularidades de cada Comunidad. Por último, esta red asistencial cuenta también con recursos de alta especialización como son las unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH), y las comunidades terapéuticas (CC.TT) para el tratamiento en régimen residencial de las drogodependencias.

5.4 Proceso básico de intervención en los recursos especializados de atención a las drogodependencias

- Intervención transformadora (ejecución/aplicación de programas y proyectos)
- Evaluación del proceso y nueva planificación

El Proceso metodológico de intervención, como indican estos mismos autores, se inicia con una primera entrevista donde el paciente da la primera información sobre sí mismo y donde recibe la información sobre el dispositivo y el programa que en él se lleva a cabo. Por eso, la observación y la escucha activa, junto con la empatía y la asertividad, serán técnicas que formarán parte esencial de la metodología de trabajo que guiará esta primera parte de la intervención y su posterior desarrollo y darán la posibilidad a los/las trabajadores/as sociales de realizar un primer diagnóstico sobre la situación en la que se encuentra el/la paciente (consumo, vivienda, salud, laboral, legal, etc.), así como sobre sus relaciones con su entorno familiar y social.

Además, según Arango, Barranco, Cáceres, Cívicos, Henríquez, Hernández, Pulido, Puyol y Dolores (2006) el objetivo principal de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias es lograr el máximo desarrollo de las capacidades humanas y de la sociedad, para que dicho desarrollo sea posible. Por ello se dice que se trata de ayudar a las personas, grupos o comunidades a promover cambios en sus situaciones, tendentes a superar los problemas que obstaculizan su realización y a incrementar el bienestar social y la calidad de vida.

También exponen estos mismos autores que, el objeto de la intervención del trabajador social se orienta hacia las necesidades de la persona en interacción con su medio social, desde planteamientos globales e interdependientes. Esto implica:

- Atención directa a las personas, grupos y vecindades
- Investigación

ciertos trastornos y ayudar al usuario y sus familias a desarrollar habilidades en el manejo de las recaídas. Estos centros son concebidos como sistemas de cambio continuo, donde es necesaria la innovación y la adaptación a cada persona y a su realidad. La respuesta a la demanda que plantea un usuario drogodependiente y su familia se aborda desde un equipo multidisciplinar, en el cual cada profesional tiene definidos sus roles y desde su área de intervención está favoreciendo la mejora de la calidad de vida de la persona con dependencia a las drogas en tratamiento.

5.5 La integración y la exclusión social en drogodependencia

En cuanto a la aparición del concepto de incorporación social en relación a las drogodependencias, según Ramírez (2012), cabe destacar que surge aproximadamente en los años 70, cuando comienza a verse el fenómeno de las drogas como una “problemática social”. Anteriormente, el consumo de drogas era un comportamiento personal que se resolvía dentro del ámbito íntimo o familiar. Poco tiempo después, se empezó a considerar la necesidad de integrar socialmente, a través de actuaciones profesionales, a este colectivo de personas. Con el tiempo se toma la idea de que la integración social no solo debe ser una fase del tratamiento al que se exponen las personas con dependencia a las drogas sino un objetivo a contemplar en todo momento y no simplemente como la última etapa del tratamiento. En cualquier caso, el concepto de incorporación social aparece ligado al de tratamiento integral, interdisciplinar, y biopsicosocial. Se habla de “incorporación” o “integración” para designar a los procesos de integración social y laboral, ofreciendo la idea de formar un todo con la suma de las partes.

Es por esto que, “la incorporación social tiene que ver con un estado definido por la cantidad y calidad de participación de una persona en un entorno. La tarea de incorporación consiste en facilitar aquello que es imprescindible para ser miembro y poder aportar algo a las otras personas, a la vida colectiva y sus elementos principales son los siguientes: un balance satisfactorio de experiencias y prácticas diarias que permita a la persona disponer de un nivel razonable de aprecio y confianza en sí misma, cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan sentirse parte de una comunidad y un conocimiento y aceptación de las normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora” (Ramírez, 2012. p. 37).

Además, según UNAD (2005) en su documento marco sobre incorporación sociolaboral, hay muchas maneras de referirse a este proceso como incorporación, integración o inserción social. Sin embargo destaca que el concepto más acertado es el de incorporación social y se define como todas aquellas acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales con autonomía, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno. La finalidad de este proceso de socialización tiene que ser facilitar a la persona los mismos derechos y deberes que tiene el resto de la ciudadanía con la que se convive. Este concepto parte de la idea de proceso, en el que se producen, progresivamente y de forma simultánea, una serie de cambios tanto a nivel personal como social; del respeto hacia la persona, subrayando su protagonismo en el proceso y de la importancia de que la persona mantenga, como anteriormente se ha expuesto, una actitud activa y crítica ante esta sociedad que la margina.

pertenencia. Los Servicios Sociales Generales juegan un papel central en este proceso, como ejes vertebradores de las políticas comunitarias, coordinan las diversas estrategias que permiten proporcionar a los individuos, grupos y comunidad, respuestas integrales y globales a los problemas. La inserción se articula dentro del marco de los Servicios Sociales Generales y usa toda la red de servicios públicos y de la iniciativa social, disponibles.

Asimismo, entendemos por proceso de incorporación social “un proceso de ayuda y acompañamiento en el desarrollo de competencias personales, sociales y laborales que sitúen a la persona en una situación favorable para ejercer sus derechos de ciudadanía en igualdad de oportunidades” (Farpón, Menéndez y Triguero. 2007. pp.33). El objetivo prioritario de los procesos de incorporación social es favorecer, en la medida de lo posible, la autonomía de las personas que forman parte de los mismos, mejorando el conjunto de sus competencias personales y sociales de cara a facilitar su participación en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho. De la misma manera, Farpón, Menéndez y Triguero (2007), defienden que existen más objetivos de los cuales cabe destacar los siguientes:

- Promover la adquisición y desarrollo de competencias prosociales que desarrollen una creciente autonomía personal y social.
- Estimular la responsabilidad sobre su propio proceso de desarrollo personal y promoción social.
- Estimular la responsabilidad social hacia las obligaciones administrativas, jurídicas, económicas y de convivencia cívica como miembro de una comunidad.
- Facilitar el acceso a idénticas oportunidades que el resto de la población.

- Favorecer la identidad cultural que facilite el sentimiento de pertenencia a un grupo social de referencia.

Estos mismos autores, subrayan dos conceptos que mucho tienen que ver dentro del proceso de inserción social y son la normalización de las condiciones que presentan las personas consumidoras de drogas y que se encuentran en este proceso y la corresponsabilidad social entre todos los recursos para la buena actuación profesional. Así como hacen referencia al trabajo en red, establecer mecanismos de coordinación y participación con los agentes e instituciones implicadas, a través de la constitución de comisiones de trabajo inter/intrasistema y diseñar conjuntamente protocolos que optimicen el proceso de comunicación.

Por otra parte, cabe destacar la importancia del concepto de exclusión, que incide también en el proceso de inserción social de las personas. Como se expone UNAD (2005) desde hace una veintena de años el término “exclusión” es un concepto cada vez más utilizado en el ámbito de análisis de los problemas sociales, de las desigualdades sociales. Este protagonismo del término de la exclusión también implica tener en cuenta las varias dimensiones que abarca, como son:

- Multicausal: se excluye en base a aspectos económicos y sociales, étnicos y culturales, personales etc.
- Multidimensionales: destacándose como indicadores de exclusión social la cercanía de recursos económicos, la pobreza, la dificultad de integración laboral, la carencia de educación básica, la precariedad en la vivienda, los problemas de salud física o mental, la imposibilidad de acceso a recursos sociales, jurídicos, tecnológicos o de cualquier otro ámbito.

- Dinámicos: se trata de un conjunto de procesos que afectan de forma cambiante

- Con una perspectiva colectiva: genera grupos o núcleos de población marginada, con escasa capacidad de organizarse porque se les ha dejado fuera.

Por ello y también expuesto por la UNAD (2005), se entiende que no debe perderse de vista que, en las situaciones de exclusión se dan unas condiciones materiales, unas condiciones personales y unas dificultades de participación social y que sobre todas ellas habrá que diseñar acciones, sin dejar de lado ningún aspecto. Además de tratarse de un fenómeno complejo en el que se articulan un cumulo de circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente interrelacionadas, es necesario un abordaje integral y el diseño de estrategias en las que participen tanto la iniciativa pública como la social.

Según Rubio (2000), el ser percibido como consumidor de drogas afecta negativamente a la vida social y laboral de las personas que padecen dependencia a las mismas, produciéndose una construcción social referencial bajo el estigma de drogodependiente, que es siempre arbitraria, cultural y totalizadora. La sociedad busca clasificar y dividir a los seres humanos en función del grado de pertenencia o no a ésta, por lo que excluye a unos colectivos (generalmente los más débiles) de toda participación social y lo hace en el ámbito de las ideologías excluyentes, bajo miles de atributos negativos. El consumo de drogas se convierte entonces en un “hecho diferencial” con relación a los no consumidores ya que existe una visión social negativa hacia éste fenómeno que legitima su exclusión.

Desde la perspectiva sociológica, Ramírez (2012) entiende por exclusión social a la falta de participación de individuos o segmentos de población en la vida social, económica, política y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la

Se dice que drogodependencia y exclusión social son “dos fenómenos independientes que interactúan mutuamente, pudiendo ser causa y consecuencia a la vez uno del otro” (Celiméndiz, 2009. p. 6). Una de las consecuencias de la drogodependencia siempre será la exclusión social, dependiendo también de muchas otras variables. De la misma manera, se afirma también que la exclusión es un factor de riesgo importante para el consumo de drogas.

Celiméndiz (2009), expone que el consumo de sustancias crea una diferencia social, perdiendo habilidades y funciones sociales y personales que provoca una restricción de la capacidad para realizar actividades lo cual desemboca en una minusvaloración social (situación de desventaja social y laboral) que tiene como consecuencia la exclusión social de la persona.

Por otra parte, hay diversas circunstancias que pueden favorecer la exclusión social de una persona. Como bien dice Pedro Cabrera (2002) en su obra *Un techo y un Futuro*, estas circunstancias pueden ser de tipo material (pérdida de empleo o de hogar, situación económica precaria); de tipo relacional (problemas familiares, violencia en el hogar, aislamiento); de tipo personal (problemas físicos o mentales) o de tipo institucional (exilio o carencia de papeles). Cuando muchos de estos factores se concentran en un individuo o en una familia, nos encontramos ante una situación de plena exclusión social. Es por esto que se dice que el fenómeno de la exclusión social en drogodependencias se compone de diversos factores internos y externos a la persona que padece la dependencia a este tipo de sustancias.

Según Subirats, Alfama, y Obradors (2014), tal y como han sido presentados, los conceptos de inclusión y exclusión social están íntimamente relacionados. Para

distinguirlos, se podría decir que cada uno de ellos constituye un polo del mismo eje en

fenómenos. Además, la inclusión social de toda persona o grupo social pasaría por la conexión y solidez de las redes de reciprocidad social, ya sean éstas de carácter afectivo, familiar, vecinal, comunitario u de otro tipo. Las redes sociales y familiares son un elemento constituyente de las dinámicas de inclusión y exclusión social. Así, resulta importante señalar el hecho de que no sólo la falta de conexión con estas redes puede determinar en gran medida la exclusión o la inclusión social de una persona o colectivo, sino que también las características específicas y los sistemas de valores y de sentidos que éstas tengan son extremadamente relevantes. Aún así, la existencia de redes de solidaridad es un elemento clave en las estrategias que los grupos y las personas tienen a su alcance para paliar o dar solución a determinadas situaciones de carestía o de precariedad, y su inexistencia o su conflictividad puede agravar la gravedad de la situación.

6. Resultados obtenidos

A continuación se exponen los resultados obtenidos tras la realización de las encuestas a los trabajadores sociales de los recursos correspondientes. Se plasman a través de tablas y gráficas, donde se intenta captar todos los aspectos observados tanto a nivel de datos numéricos, como las diferentes respuestas a las preguntas abiertas.

Tabla 1. El proceso de inserción social de drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias en función de la existencia de un protocolo específico de actuación

Respuestas	Existencia de un protocolo específico de actuación	
Si	3	27,3%
No	8	72,7%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia.

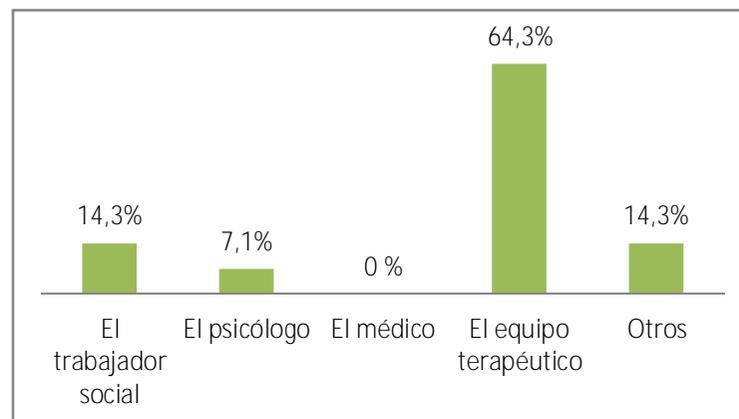
Ante esta pregunta, un 72,2% de los profesionales entrevistados respondieron que no existe un protocolo específico de actuación, el resto 27,3% de ellos afirmaron que sí, matizando que no es que exista un “protocolo específico” sino una serie de fases a seguir cuando un usuario drogodependiente llega a uno de estos recursos especializados de atención a las drogodependencias como son la acogida, las actividades que realiza cada profesional donde se recogen datos específicos del usuario, rellenar la hoja de

Tabla 2. Profesional de referencia en el proceso de inserción social de un usuario drogodependiente dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Profesional de referencia en el proceso de inserción	
El trabajador/a social	2	14,3%
El psicólogo/a	1	7,1%
El médico	0	0
El equipo terapéutico	9	64,3%
Otros	2	14,3%
Total	14	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 1. Profesional de referencia en el proceso de inserción social de un usuario drogodependiente dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



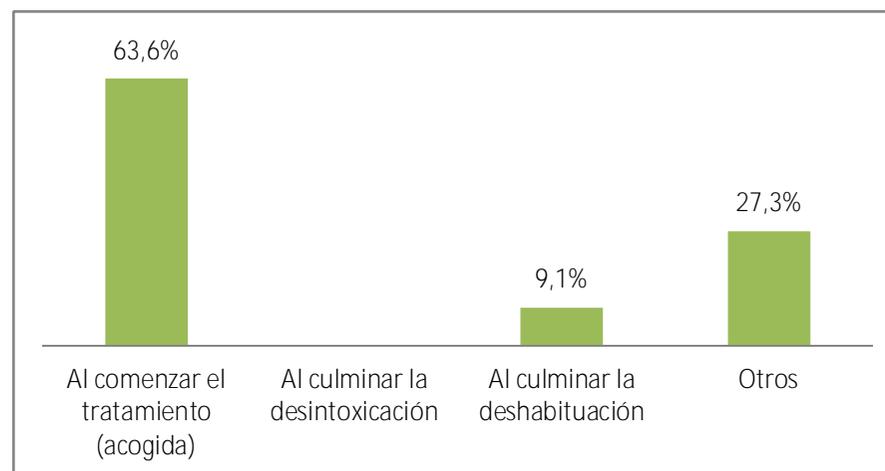
Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Momento en el que se inicia del proceso de inserción social, según los profesionales encuestados.

Respuestas	Momento en el que se inicia el proceso de inserción	
Al comenzar el tratamiento (acogida)	7	63,6%
Al culminar la desintoxicación	0	0
Al culminar la deshabituación	1	9,1%
Otros	3	27,3%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2. Momento en el que se inicia del proceso de inserción social, según los profesionales encuestados.



Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Condiciones que se exigen a los usuarios para poder iniciar su proceso de inserción social dentro de un recurso especializado de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Condiciones generales exigidas para iniciar el proceso de inserción	
Ser mayor de edad	3	8,1%
Haber culminado la desintoxicación	5	13,5%
Tener conciencia de que se tiene un problema	8	21,6%
Haber pasado por un período de abstinencia	3	8,1%
Tener familiar responsable	4	10,9%
Sentirse motivado para el cambio	8	21,6%
No padecer patología orgánica o psiquiátrica grave	3	8,1%
No presentar problemática sociofamiliar grave	1	2,7%
Formación académica básica	2	5,4%
Total	37	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3. Condiciones que se exigen a los usuarios para poder iniciar su proceso de inserción social dentro de un recurso especializado de atención a las drogodependencias.

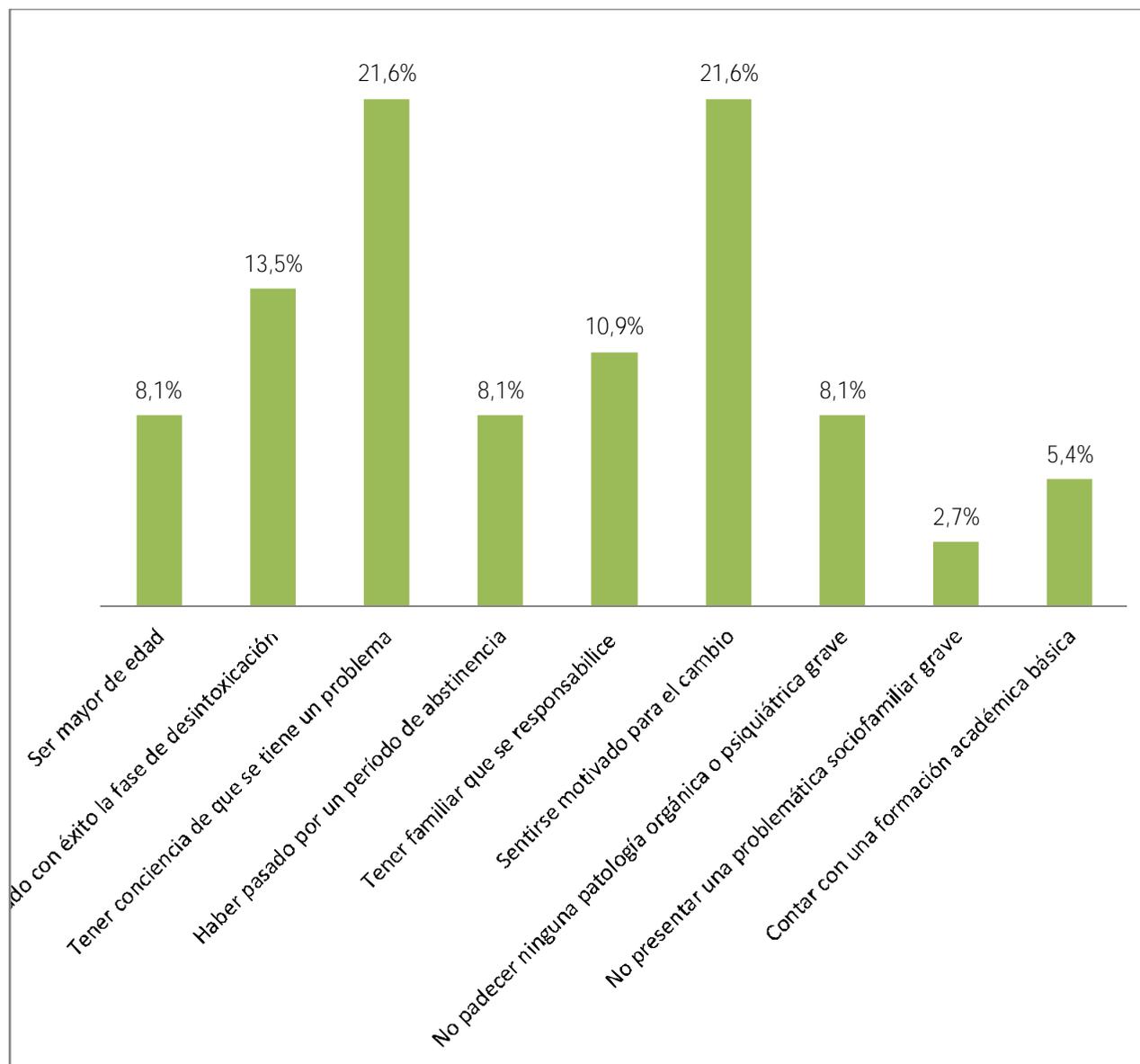
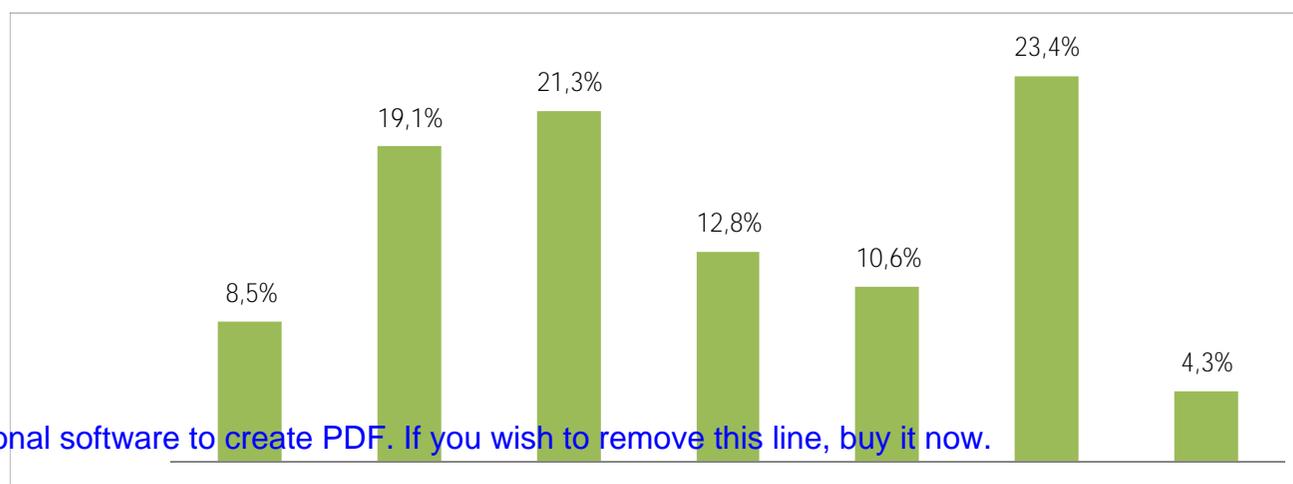


Tabla 5. Actividades individuales de inserción social que se realizan dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Actividades individuales de inserción	
Actividades lúdico-formativas	4	8,5%
Terapia individual	9	19,1%
Entrevistas de seguimiento	10	21,3%
Terapia ocupacional	6	12,8%
Formación profesional	5	10,6%
Analíticas	11	23,4%
Otros	2	4,3%
Total	47	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4. Actividades individuales de inserción social que se realizan dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



semanales y luego se espacian en el tiempo teniendo en cuenta la evolución del paciente y la terapia individual con los usuarios que también comienza realizándose semanalmente y a lo largo del proceso se reducen. La formación profesional se realiza a través de iniciativas como el Proyecto Sol y se hace semanalmente. La terapia ocupacional y las actividades lúdico-deportivas se llevan a cabo pero de manera más amplia y dependiendo de las características individuales de los usuarios.

Tabla 6. Actividades grupales de inserción social que se realizan dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Actividades individuales de inserción	
Reuniones periódicas con la familia	10	27,1%
Contacto con grupos sociales del barrio	8	21,6%
Creación de grupos o asociaciones de ex toxicómanos	1	2,7%
Creación de grupos de autoayuda	3	8,1%
Reuniones grupales de los propios usuarios	7	18,9%
Integración en asociaciones culturales o deportivas	8	21,6%
Otros	0	0%
Total	37	100%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las actividades grupales que se llevan a cabo en estos recursos especializados de atención a las drogodependencias, se observa que la más realizada (con un 27,1%) son las reuniones periódicas con la familia que se hacen quincenalmente como norma general pero que también dependen de la disponibilidad y la implicación que la familia tenga. Seguido va el favorecimiento con grupos sociales del barrio (21,6%) y la integración en asociaciones culturales y deportivas (21,6%) que, según los profesionales, se intenta realizar semanalmente. Las reuniones grupales de los propios usuarios (18,9%) se llevan a cabo ocasionalmente y también depende de la implicación que los mismos usuarios tengan con su proceso de inserción social así como la motivación. Por último, la creación de grupos de autoayuda (8,1%) o asociaciones de ex toxicómanos (2,7%) son tareas que se realizan poco y que, normalmente, se suelen hacer con poca frecuencia.

Tabla 7. Supervisión por el equipo terapéutico del proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Supervisión o no del proceso de inserción social	
Si	11	100%
No	0	0%
Total	11	100%

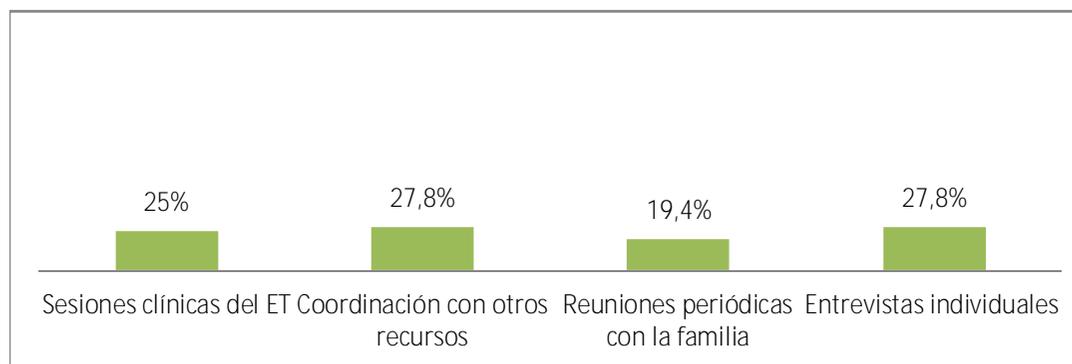
Fuente: Elaboración propia

Destaca en gran medida la unificación en la respuesta a la pregunta ¿El equipo supervisa la evolución del usuario en las actividades de inserción social que realiza? Todos los profesionales encuestados respondieron que sí.

Tabla 8. Cómo es la supervisión del proceso de inserción social de usuarios drogodependientes por parte del equipo terapéutico dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Cómo se supervisa el proceso de inserción social	
Sesiones clínicas	9	25%

Gráfica 6. Cómo es la supervisión del proceso de inserción social de usuarios drogodependientes por parte del equipo terapéutico dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



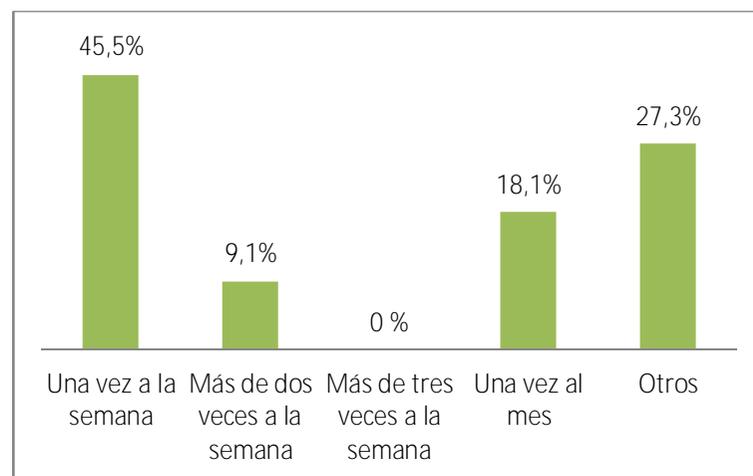
Fuente: Elaboración propia

En respuesta a esta pregunta, la mayor parte de los trabajadores sociales respondieron que la evolución del proceso de inserción social se lleva a cabo a través de estas cuatro actividades: sesiones clínicas (25%), coordinación con otros recursos (27,8%), reuniones periódicas con la familia (19,4%) y entrevistas individuales (27,8%). No obstante, es importante añadir que varios de ellos matizaron que las más efectivas son las sesiones clínicas, las entrevistas individuales y la coordinación con otros recursos. Las reuniones con la familia se vuelven complicadas en determinados casos ya que depende del grado de implicación que tenga la misma.

Tabla 9. Frecuencia con la que el equipo terapéutico supervisa la evolución del proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Como se supervisa el proceso de inserción social
Una vez a la semana	5 45,5%

Gráfica 7. Frecuencia con la que el equipo terapéutico supervisa la evolución del proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



Fuente: Elaboración propia

Normalmente, un 45,5% de los entrevistados afirma que la revisión de la evolución del usuario se lleva a cabo semanalmente, pero en función de cómo vaya la evolución se puede ir espaciando a lo largo del desarrollo del proceso de inserción social y llegar a realizarse una vez al mes (18,1%) o en momentos puntuales (27,3%), si el proceso evoluciona favorablemente.

Tabla 10. Existencia de una evaluación específica para el proceso de inserción social de los usuarios pertenecientes a recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Existencia de evaluación para el proceso de inserción	
Si	3	27,3%
No	8	72,7%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

- Registro de pacientes en seguimiento: Tasas de Retención y Adherencia Terapéutica
- Registro de pacientes en tratamiento en régimen semirresidencial
- Registro de pacientes en tratamiento en régimen residencial
- Registro de número de intervenciones terapéuticas realizadas
- Registro de pacientes con patología asociada
- Registro de altas terapéuticas
- Registro de fuentes de referencia
- Registro de derivaciones a otros recursos

Indicadores cualitativos:

- Sistema de Gestión de Calidad con arbitraje interno y externo a la Institución:
 - Adecuación de la dinámica asistencial de los diagramas de flujo
 - Uso de protocolos de actuación homogéneos
 - Uso de los instrumentos establecidos para la coordinación interna y externa
- Impacto de la intervención en la población asistida, encuestas de Calidad Asistencial
- Consecución de los objetivos generales y específicos.

Tabla 11. Profesional de referencia a la hora de llevar a cabo la evaluación del proceso de inserción social de usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Profesional de referencia en la evaluación del proceso de inserción	
El trabajador/a social	0	0%
El psicólogo/a	0	0%
El médico	0	0%
El equipo terapéutico	9	81,8%

Tabla 12. Participación de los usuarios drogodependientes en su propio proceso de inserción social dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Supervisión o no del proceso de inserción social	
Si	11	100%
No	0	0%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

Se observa claramente que todos los profesionales encuestados afirman que los usuarios sí tienen plena capacidad para tomar decisiones dentro de su proceso de inserción social.

Tabla 13. La implicación de la familia en el proceso de inserción social de usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Implicación de la familia en el proceso de inserción	
Elevada	2	18,2%
Escasa	0	0%
Momentos puntuales	4	36,3%
Otros (término medio)	5	45,5%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 8. La implicación de la familia en el proceso de inserción social de usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Se puede observar que, un 45,5% de los profesionales encuestados afirma que la implicación de la familia está en un término medio entre elevada y escasa. Un 36,3% de ellos opina que solo se lleva a cabo en momentos puntuales y un 18,2% que es elevada. Algunos de los profesionales matizaron que, en los últimos años la implicación de la familia en las actividades de inserción social que se realiza ha ido disminuyendo en gran medida en relación a años anteriores.

Tabla 14. Trabajo en coordinación con otros recursos especializados desde los centros de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Supervisión o no del proceso de inserción social	
Si	11	100%
No	0	0%
Total	11	100%

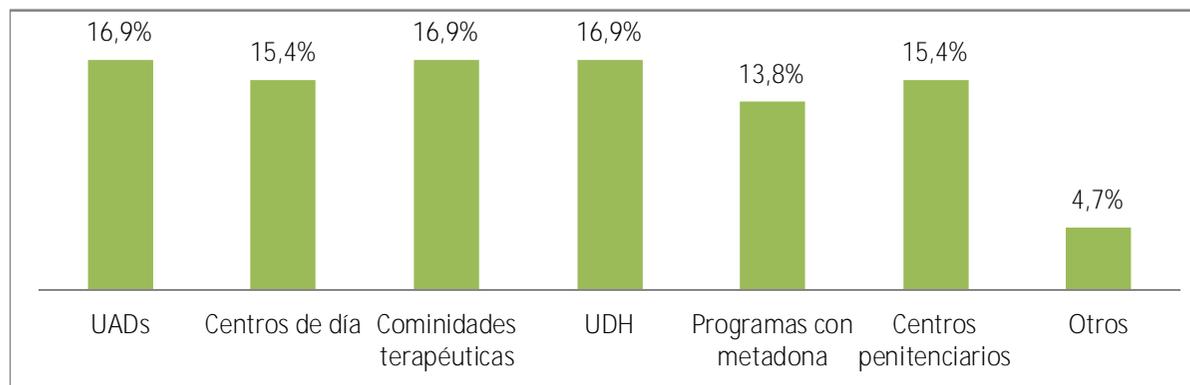
Fuente: Elaboración propia

La coordinación con otros recursos especializados de atención a las drogodependencias es indispensable y se lleva a cabo a diario.

Tabla 15. Recursos con los que se actúa en coordinación desde los centros especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Recursos con los que se actúa en coordinación	
UADs	11	16,9%
Centros de día	10	15,4%
Comunidades terapéuticas	11	16,9%
UDH	11	16,9%

Gráfica 9. Recursos con los que se actúa en coordinación desde los centros especializados de atención a las drogodependencias.



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar, la mayor parte de los profesionales afirman que se trabaja en coordinación con todos los recursos que aparecen en la tabla 15, gráfica 9. Algunos de ellos nombraron otros como los servicios de atención a la familia y a menores y los servicios sociales de base de la comunidad.

Tabla 16. Áreas de los servicios sociales con mayor implicación en el proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Recursos más implicados en el proceso de inserción	
Salud	8	28,6%
Educación	6	21,4%
Empleo	8	28,6%
Vivienda	3	10,7%
Otros	3	10,7%
Total	28	100%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a qué áreas de los Servicios Sociales tienen mayor implicación en el ámbito de las drogodependencias destacan la salud con un 28,6% y el empleo con el mismo porcentaje, seguidos de educación con un 21,4% y quedando en último lugar el de vivienda con un 10,7%. Algunos de los profesionales destacaron la actuación de los servicios de atención a la familia como uno de los más implicados en este ámbito (10,7%).

Tabla 17. Duración aproximada del proceso de inserción de un usuario drogodependiente dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias.

Respuestas	Duración aproximada del proceso de inserción social	
3 meses	0	0%
6 meses	1	8,4%
Un año	2	16,6%
Dependiendo de las características del usuario	8	66,6%
No existe tiempo determinado	1	8,4%
Total	12	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 11. Duración aproximada del proceso de inserción de un usuario drogodependiente dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias

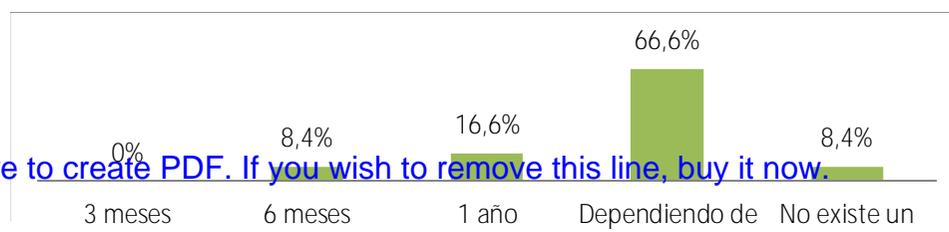


Tabla 18. Creencia por parte de los profesionales entrevistados de si los recursos especializados en atención a las drogodependencias existentes son los adecuados.

Respuestas	Son adecuados los recursos existentes	
Si	9	81,8%
No	2	18,2%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

Prima la opinión de que los recursos de atención a las drogodependencias existentes son los adecuados, no obstante dos de los profesionales matizaron que no lo son ya que se deberían ampliar los recursos en determinadas zonas geográficas de la isla de Tenerife como puede ser la zona sur.

Los resultados de las respuestas de los profesionales a esta pregunta fueron bastante positivas ya que un 81,8% respondió que sí, en contraposición a un pequeño porcentaje de un 18,2% que afirmó que no, poniendo de manifiesto que sería beneficioso que se ampliara la cantidad de recursos de este ámbito en determinadas zonas como por ejemplo el sur de Tenerife.

Tabla 19. Creencia por parte de los profesionales entrevistados de si los recursos especializados de atención a las drogodependencias existentes se adecúan a las necesidades reales de los usuarios.

Respuestas	Los recursos existentes se adecúan a las necesidades	
Si	8	72,7%
No	3	27,3%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

En esta pregunta, las respuestas afirmativas disminuyeron en un 9,1%, siendo un 72,7%

Tabla 20. Creencia por parte de los profesionales de si los recursos especializados de atención a las drogodependencias existentes son suficientes

Respuestas	Los recursos existentes son suficientes	
Si	8	72,7%
No	3	27,3%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar claramente como las respuestas a esta pregunta se unifican en el lado positivo y que la mayor parte de los profesionales opina que sí son suficientes (72,7%). Pese a ello, un 27,3% de los trabajadores sociales expusieron que no lo son afirmando que la principal causa de ello es la falta de recursos económicos.

7. Análisis de datos y discusión

Una vez presentados los resultados del cuestionario, se contrastan las hipótesis plateadas con anterioridad a la realización de las encuestas a los profesionales. Estas son las siguientes:

H1. Cada uno de los recursos cuenta con un protocolo específico a seguir para la iniciación de la realización de las actividades dentro del proceso de inserción social de drogodependientes.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos, se afirma que no existe un protocolo específico de actuación a seguir dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias. En su lugar, como se expone en el marco teórico (p. 18), sí que se cuenta con una serie de fases a seguir cuando un usuario drogodependiente acude a uno de estos centros como son la fase de acogida, la entrevista inicial, la cumplimentación de los archivos pertinentes para la iniciación del proceso de inserción, la visita a cada uno de los profesionales etc.

H2. El equipo terapéutico de cada uno de los centros especializados es el que decide cómo se llevará a cabo el proceso de inserción social.

En este caso, la hipótesis planteada es correcta. La mayor parte de los profesionales afirmaron que el equipo terapéutico al completo es el encargado de decidir cómo y cuándo se llevará a cabo el proceso de inserción social. No obstante, algunos de los profesionales matizaron que, a pesar de que debería ser el equipo terapéutico el que decida ante todo, recae un cierto grado superior de responsabilidad en el trabajador social que, consciente o inconscientemente, realiza más trabajo que los otros miembros del equipo terapéutico. Además, es importante añadir que el equipo de profesionales

H3. Se cuenta con una serie de condiciones específicas que deben ser cumplidas por el usuario para poder iniciar el proceso de inserción social.

Partiendo de la base de que el proceso de inserción social se entiende como “un proceso de ayuda y acompañamiento en el desarrollo de competencias personales, sociales y laborales que sitúen a la persona en una situación favorable para ejercer sus derechos de ciudadanía en igualdad de oportunidades” (Farpón, Menéndez y Triguero. 2007. pp.33). Ninguna de las condiciones expuestas en la encuesta fueron marcadas como imprescindibles, es decir que no existen unas condiciones específicas para poder iniciar el proceso de inserción. Algunas de las condiciones que se exponían en la encuesta son, según los profesionales, indispensables por ejemplo el sentirse motivado para el cambio y el tener conciencia de que se tiene un problema ya que si el usuario no es consciente de la situación en la que se encuentra, será mucho más difícil llevar a cabo este proceso de inserción. Por otro lado, algunas de las demás condiciones que se exponían también fueron destacadas como importantes pero no como fundamentales como por ejemplo el ser mayor de edad, el contar con un familiar que represente al usuario en el proceso o el no poseer una problemática sociofamiliar grave.

H4. Dentro de estos recursos especializados, las actividades para propiciar la integración social de drogodependientes se dividen en individuales, familiares y grupales.

Es importante destacar, inicialmente, algunos de los objetivos del proceso de inserción social según expone Farpón, Menéndez y Triguero (2007) como pueden ser: promover la adquisición y desarrollo de competencias prosociales que desarrollen una creciente autonomía personal y social, estimular la responsabilidad sobre su propio proceso de desarrollo personal y promoción social, facilitar el acceso a idénticas oportunidades que

asistencia e implicación de las familias. Además, a través de las actividades de inserción social se debe trabajar y combatir la exclusión social, entendida por Rubio (2000), como el ser percibido como consumidor de drogas afecta negativamente a la vida social y laboral de las personas que padecen dependencia a las mismas, produciéndose una construcción social referencial bajo el estigma de drogodependiente, que es siempre arbitraria, cultural y totalizadora

H5. Una vez iniciado el proceso de inserción social, la realización de las actividades se lleva a cabo diariamente.

En relación a la frecuencia con la que se realizan las actividades para la procuración de la integración social de usuarios drogodependientes, normalmente comienzan a iniciarse semanalmente (una o dos veces por semana) y a lo largo del proceso de van espaciando en el tiempo, teniendo en cuenta la evolución del usuario así como las características individuales de los mismos. Esto quiere decir que, un usuario puede evolucionar mucho más rápido que otro y no necesitará realizar las actividades con tanta frecuencia, no obstante también hay que tener en cuenta otros aspectos como por ejemplo la recaída. En resumen, lo anteriormente nombrado, las características de cada uno de los usuarios son las que marcarán el curso de su proceso de inserción social.

H6. Las actividades para la procuración de la inserción social de los usuarios drogodependientes son supervisadas por el equipo terapéutico de estos centros.

No solo son supervisadas las actividades que se realizan sino el comportamiento del usuario, la motivación y la implicación que tiene a lo largo de su propio proceso de inserción social. Una de las funciones del equipo terapéutico es supervisar

constantemente dicho proceso a través de diferentes actividades como son las sesiones clínicas, las entrevistas individuales a los usuarios o la coordinación con otros recursos

social, se remite al servicio de orientación laboral (Proyecto SOL), se emiten informes trimestrales de evolución, se establecen canales de comunicación, se mantiene colaboración, se establecen objetivos de reducción de daños, el equipo mantiene contacto con cualquiera de los recursos y el equipo puede proponer el alta terapéutica

H7. Existe una evaluación para el proceso de inserción social de personas drogodependientes.

Atendiendo a los datos obtenidos, se destaca que no existe una “evaluación” específica del proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias. Como anteriormente se expone (pp. 42-43), y según el manual asistencial del Proyecto de la Cooperación Juvenil San Miguel, a pesar de que no existe una evaluación concreta para el proceso de inserción social de usuarios drogodependientes, si que aparecen una serie de ítems, indicadores cuantitativos como el registro de casos nuevos y reinicios, el registro de pacientes en tratamiento ambulatorio o la cantidad de pacientes en seguimiento y cualitativos como el Sistema de Gestión de Calidad con arbitraje interno y externo a la institución, el impacto de la intervención en la población asistida y la consecución de objetivos generales y específicos.

H8. La evaluación es realizada por el equipo terapéutico de estos recursos especializados.

Como anteriormente se ha expuesto, el equipo terapéutico es el encargado de la supervisión en todo momento del proceso de inserción social del drogodependiente, por ello se dice que la “evaluación”, por así decirlo, también la lleva a cabo el mismo. Esto

significa decir que la Hoja de seguimiento de sesiones, bujas, la coordinación con otros recursos o las entrevistas individuales al usuario las lleva a cabo el ET, con la

H9. Los usuarios tienen plena capacidad para la participación en la toma de decisiones de su propio proceso de inserción social.

Los profesionales del trabajo final opinan unánimamente, que el usuario tiene que tener la total capacidad para decidir dentro de su proceso de inserción social ya que es el principal afectado por la situación y la persona que tiene que decidir lo que quiere o lo que no, lo que cree que le conviene o no y ser aconsejado por el equipo de profesionales de estos recursos especializados de atención a las drogodependencias. Es por esto que se dice que, teniendo en cuenta que “la incorporación social tiene que ver con un estado definido por la cantidad y calidad de participación de una persona en un entorno. La tarea de incorporación consiste en facilitar aquello que es imprescindible para ser miembro y poder aportar algo a las otras personas, a la vida colectiva y sus elementos principales son los siguientes: un balance satisfactorio de experiencias y prácticas diarias que permita a la persona disponer de un nivel razonable de aprecio y confianza en sí misma, cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan sentirse parte de una comunidad y un conocimiento y aceptación de las normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora” (Ramírez, 2012. p. 37). De ahí, la importancia que se le da a que una persona tenga plena capacidad para decidir dentro de su proceso de inserción social.

8. Conclusiones y alternativas propuestas

La finalidad principal de este trabajo ha sido conocer en qué consiste la actuación profesional que se realiza en los recursos especializados de atención a las drogodependencias en la Isla de Tenerife en relación al proceso de inserción social de los usuarios. Tras haberse llevado a cabo el mismo y escuchado las experiencias de los profesionales entrevistados en este ámbito, se pueden señalar una serie de conclusiones o ideas.

El proceso de inserción social de un usuario drogodependiente es muy complejo. Para comenzar, no se tiene conciencia de en qué momento exacto comienza dicho proceso, algunos profesionales afirmaron que tras culminar con éxito la fase de desintoxicación, otros creen que tras pasar un período de abstinencia previo. Después de haber estudiado un poco estos aspectos, se dice que el proceso de inserción social de un drogodependiente comienza desde el momento en el que decide poner una solución al problema que le acontece. Asimismo, se ha observado que la motivación personal del propio individuo así como la conciencia de que tiene un problema son dos factores que juegan un papel crucial para conseguir sobrellevar la situación en la que se encuentra.

Los profesionales también juegan un papel importante, se llevan a cabo grandes tareas dentro de estos recursos especializados de atención a las drogodependencias. Actividades diarias, semanales, mensuales; coordinación con otros muchos recursos; seguimiento y monitoreo del proceso de inserción de cada uno de los pacientes. La labor profesional en estos centros especializados es importantísima, en cierto modo también puede marcar la evolución del proceso de inserción, aunque mucho tenga que ver la actitud del usuario.

esto que matizo que, el proceso de inserción social de un usuario drogodependiente se compone de muchos factores complicados.

Otro aspecto a destacar en todo este proceso es la familia. Antes de llevar a cabo este proyecto se tenía la creencia de que la familia jugaba el papel más importante en el intento de procurar la integración social de un usuario. Sin embargo, tras haber escuchado las experiencias de los profesionales la visión ha cambiado. Se observa que, la implicación de la familia en el proceso de inserción social se encuentra en un término medio entre elevada y escasa. Por ejemplo, hay casos en los que la familia se vuelca con la causa y comienzan el tratamiento con la mayor ilusión del mundo pero tras manifestar recaídas, rechazo al tratamiento por parte del usuario o el abandono del mismo, la familia termina por cansarse y abandonar también el acompañamiento que en un inicio si llevaban a cabo. Igualmente, los profesionales matizan que la implicación de los familiares femeninos, madre o hermana, siempre suele ser mayor que la del padre o el hermano. El motivo se desconoce, simplemente es un dato aportado por la mayor parte de los entrevistados.

En relación a las actividades que se llevan a cabo en los recursos especializados de atención a las drogodependencias, es importante destacar que, en un inicio todos los usuarios las realizan por igual. Es decir, se implantan actividades semanales, una o dos veces por semana para comenzar el tratamiento y en función de la evolución de cada uno se acoplan al nivel de avance que tenga cada uno de ellos. Se matiza que, en este aspecto se debería poner un tiempo obligatorio de realización de actividades, es decir un periodo mínimo de unos dos meses aproximadamente para que los propios usuarios se acostumbren a una nueva forma de vida a pesar de que muestre signos de avanzar

Teniendo en cuenta que, cada usuario tiene unas condiciones y características diferentes, los profesionales encuestados afirman que la duración del proceso de inserción social de un usuario drogodependiente depende de eso mismo. No existe un tiempo determinado. Si bien es cierto que, en función del tipo de tratamiento que se tenga puede ser que unos se prolonguen más que otros. Por ejemplo, el tratamiento de mantenimiento con metadona para los usuarios heroínómanos suele ser más amplio en el tiempo ya que hay una medicación de por medio que tiene que ir disminuyéndose poco a poco. Una visión relacionada con lo expuesto en el párrafo anterior es que, diferenciando el tipo de tratamiento, debería existir un período mínimo de tratamiento para todos los usuarios y una vez superado el mismo, se acomodarían tanto las actividades como la actuación profesional a las propias características del usuario.

Atendiendo a la implicación que tienen las diferentes áreas de los Servicios Sociales, se destaca el área de Empleo como una de las más implicadas, existiendo diversos proyectos como el Proyecto SOL existente en la actualidad. En segundo lugar se habla de la implicación del área sanitaria, matizando que a pesar de que tiene una implicación buena, podría mejorarse claramente los recursos que se coordinan con los centros especializados de atención a las drogodependencias. Sería positivo que, los centros sanitarios de la isla se involucraran más en el ámbito de las drogodependencias, trabajando en red con todos los recursos de atención a las drogodependencias ya existentes. Además, fuera de las opciones que se exponían en el cuestionario, muchos de los profesionales nombraron el área de Familia y Menores como una de las más implicadas en este ámbito. Los usuarios drogodependientes menores de edad necesitan de una actuación mucho más específica, más adaptada a sus necesidades ya que se encuentran en un momento delicado para ellos. En la actualidad se cuenta con muchos servicios que los respaldan, no obstante deberían basarse expresamente en las

agudizarse el ingenio, es decir modificar los recursos ya existentes y reordenarlos de tal manera que queden cubiertas, en la medida de lo posible, las necesidades básicas de los usuarios drogodependientes.

Para finalizar el apartado, y teniendo en cuenta los aspectos abordados anteriormente, cabría destacar una serie de alternativas para aplicar en este ámbito:

- Un debate más amplio sobre los conceptos y contenidos teóricos sobre el proceso de inserción social de personas con dependencia a las drogas.
- Una reorganización de los recursos disponibles dentro de los centros especializados de atención a las drogodependencias.
- Establecimiento de un período mínimo de permanencia en el tratamiento para la procuración de la inserción social de personas drogodependientes.
- Promoción de una conciencia colectiva sensibilizada y empática, por parte de la sociedad, hacia las personas con dependencia a las drogas.

9. Repercusiones personales y profesionales de la realización de este trabajo.

La realización de este trabajo me ha aportado numerosas vivencias, conocimientos y nuevas expectativas sobre el ámbito de las drogodependencias. Inicialmente, ya tenía un interés considerable por este ámbito puesto que cursé la optativa de drogodependencia en el cuarto curso de la carrera, pero a medida que se iban desarrollando las fases para la realización y puesta en marcha del trabajo, más me apasionaba.

A lo largo de estos cuatro cursos de carrera, siempre se nos ha inculcado que debemos llevar a cabo nuestra labor profesional con la mayor fuerza, energía y ganas de superarnos a nosotros mismos y superar las barreras que, desgraciadamente, existen en todos los aspectos de la vida de una persona. En este aspecto, estudiar el fenómeno de las drogodependencias me ha abierto la mente, las ganas de conocer cómo se sienten las personas que pasan por esta situación y la posibilidad de ayudarlas, de reintegrarlas en la sociedad.

La actividad profesional, dentro de los recursos especializados de atención a las drogodependencias, es importantísima y digna de admirar. Tras haber escuchado las experiencias y las opiniones de los 11 profesionales encuestados, destaco que, en la sociedad en la que vivimos actualmente, aún se sigue pensando que las personas con dependencia a las drogas son “menos” es decir, prima la creencia de que la drogodependencia es una enfermedad que eligen las personas que la padecen. Pero todo va más allá, siempre se deben tener en cuenta las características personales de cada individuo, de por qué ha llegado a esa situación o de qué le ha hecho llegar al consumo de sustancias. Por ello, los profesionales de este sector no solo deben luchar contra las adversidades que puedan surgir en el proceso de inserción social de estas personas, sino

Referencias Bibliográficas

- Acero A; Moreno G; Moreno J; y Sánchez L. (2002) La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de Formación. Extraído el día 5 de julio de 2014 de: <file:///C:/Users/Nadia/Downloads/Precvencion%20drogodependencias%20tiemp or%20de%20ocio.%202002.pdf>
- Arango C; Barranco C; Cáceres C; Cívicos A; Henríquez R; Hernández H; Pulido M; Puyol, B. y Dolores J. (2006) *Manual de Prácticas de Trabajo Social*. Tenerife: Benchomo.
- Asociación Cooperación Juvenil San Miguel. *Incorporación Social: Programa de incorporación social*. Extraído el día 16 de enero de 2014: <http://www.sanmigueladicciones.org/reinsercion.htm>
- Botella, J; Salvador, T. y Pascual, C. (2002) *Sociedad y drogas: Una perspectiva de 15 años*. Extraído el día 23 de abril de 2014 de: <http://www.fundacionesz.org/ArchivosPublicaciones/229.pdf>
- Cabrera P. (2002). *Un techo y un futuro: Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Extraído el día 13 de marzo de 2014 de: http://books.google.es/books?id=tgQUtZPcxoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Celiméndiz P. (2009). *Drogodependencia e inclusión social: Jornada Técnica de Evaluación I Plan Autonómico de Drogodependencias de Zaragoza*. Extraído el día 13 de marzo de 2014 de: [http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/d2c8b665d8ddc444c1257677003275df/\\$FILE/plan%203.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/NDocumen.nsf/b4e47719711a1d49c12576cd002660cc/d2c8b665d8ddc444c1257677003275df/$FILE/plan%203.pdf)

- Comas D. (2014) *El proceso de incorporación de las drogas, sus*

- DSM-IV-TR (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Extraído el día 6 de julio de 2014 de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Farpón A; Menéndez L; y Triguero, Y. (2007) *Guía para la incorporación social*. Extraído el día 5 de julio de 2014 de: <https://sede.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20TEMAS/Asuntos%20Sociales/GU%C3%8DA%20definitiva%2022-01-08.pdf>
- Fernando, C. (2014) *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Extraído el día 5 de julio de 2014 de : <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Fundación Atenea (2012). *La integración sociolaboral en los centros de día de la población drogodependiente*. Extraído el día 23 de marzo de 2014 de: <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/09/EstudioProyectosIntegrSocialportada.pdf>
- Gabantxo, K. (2001) *Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo*. Extraído el día 5 de julio de 2014 de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>
- Guinot C. (2010) *Intervención social y drogodependencias*. Extraído el día 6 de julio de 2014 de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04221232.pdf>

- Herrera, J. (2011). *La investigación cuantitativa*. Extraído el día 5 de enero de: <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>
- Jiménez, A., Comas, D., Carrón, J. (1995). *Los programas de integración social de drogodependientes*. Madrid: M.G. Comunicación Gráfica
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. Extraído el día 22 de marzo de 2014 de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ic-19-1998.html
- Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C; y Lizasoain I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación*. Madrid: Editorial médica paramericana S.A
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre las Drogas y las Toxicomanías: *Informe Nacional 2012*. Extraído el día 5 de Febrero de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf
- Navarro, J. (2002) *Sociedad y Drogas: Una perspectiva de 15 años. El consumo de drogas*. Madrid: FAD. Extraído el día 3 de enero de 2014: http://www.fad.es/sala_lectura/sociedad_drogas.pdf
- Pastor, L; Tolosa, E; Campos, S y Herrero, F. Guía de intervención en trabajo social sanitario (2012): *Intervención del/la trabajador/a social en centros y unidades de prevención y tratamiento en drogodependencias y otras conductas adictivas*. Extraído el día 13 de marzo de 2014 de: http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Interven_del_TSS_en_cyu_d

- Ramírez, A. (2012) *Coaching para Adictos: Integración y exclusión social*. Extraído el día 20 de febrero de 2014 de: http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2013/01/libro_coaching_adicciones_web.pdf
- Rubio, J. (2000). Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. *Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente*. Extraído el día 13 de marzo de 2014 de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/4/jarribas1/>
- Subirats J; Alfama E; y Obradors A. (2014) Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. Extraído el día 5 de julio de: [file:///C:/Users/Nadia/Downloads/Ciudadania%20e%20inclusi%C3%B3n%20social%20frente%20a%20las%20inseguridades%20contempor%C3%A1neas.%20La%20significaci%C3%B3n%20del%20empleo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nadia/Downloads/Ciudadania%20e%20inclusi%C3%B3n%20social%20frente%20a%20las%20inseguridades%20contempor%C3%A1neas.%20La%20significaci%C3%B3n%20del%20empleo%20(1).pdf)
- Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a las Drogodependencias (2005). *Incorporación social de personas con problemas de drogas: redefiniendo nuestros planteamientos*. Extraído el día 20 de marzo de 2014 de: http://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/Documento_Marco_incorporacion.pdf
- Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (2014). Extraído del día 13 de marzo de 2014 de: <http://www.unad.org/>

Anexo 1. Instrumentos utilizados en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



HOJA DE SEGUIMIENTO N°:

N°H:

FECHA	PROF.	OBSERVACIONES



HOLA DE SESIONES CLÍNICAS

N° DE _____

<i>FECHA</i>	<i>ACUERDOS</i>	<i>RESPONSABLE</i>



ENTREVISTA BIOPSIICOSOCIAL

EQUIPO TERAPÉUTICO RESPONSABLE

Trabajador@ Social:
Psicólog@:
Médic@:

Nº Hº:

Código:

Fecha:

1.- DATOS PERSONALES

<i>Nombre y Apellidos:</i>		
<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Lugar de nacimiento:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Domicilio:</i>		
<i>Barrio:</i>	<i>Municipio:</i>	
<i>Nacionalidad:</i>		
<i>D.N.I. nº:</i>		
<i>En vigor</i> <input type="checkbox"/>	<i>En trámites</i> <input type="checkbox"/>	<i>Caducado</i> <input type="checkbox"/> <i>Extraviado</i> <input type="checkbox"/>
<i>Cobertura sanitaria nº:</i>	<i>Beneficiario</i> <input type="checkbox"/>	<i>Titular</i> <input type="checkbox"/>
<i>Persona responsable:</i>		
<i>D.N.I. nº:</i>		
<i>Padre</i> <input type="checkbox"/>	<i>Madre</i> <input type="checkbox"/>	<i>Hija</i> <input type="checkbox"/> <i>Conyuge</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro</i>

2.- EVALUACIÓN DE LA DEMANDA

Motivo de la consulta:		
Probls. Salud física <input type="checkbox"/>	Probls. Laborales <input type="checkbox"/>	Probls. Judiciales/ Adm. <input type="checkbox"/>
Probls. Familiares <input type="checkbox"/>	Probls. Económicos <input type="checkbox"/>	Otros.
Derivad@ por:		
SS.SS. <input type="checkbox"/>	Atención primaria <input type="checkbox"/>	C.Salud Mental <input type="checkbox"/>
Propia voluntad <input type="checkbox"/>	Otros.	

3.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estado Civil:		
Soltero <input type="checkbox"/>	Casad@ <input type="checkbox"/>	Separad@ <input type="checkbox"/>
Divorciad@ <input type="checkbox"/>	Viud@ <input type="checkbox"/>	
Hijos	No <input type="checkbox"/>	Nº:
	Si <input type="checkbox"/>	
Situación de la vivienda:		
Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>	Ocupa / sin techo <input type="checkbox"/>
Otra situación:		



ASOCIACION NORTE DE TENERIFE
DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS

PRESCRIPCIÓN DE METADONA - HCL

UAD de referencia:

Fecha:

PACIENTE: Nº Hª:

- Dosis extra - nº de dosis: de mgrs/día.
- Ajuste de dosis Subir: mgrs
- Bajar: mgrs
- Prescripción: semanal diaria
- Pauta de reducción: mgrs semanal
- quincenal
- mensual

Observaciones:

.....

Fdo.: Médic@ de ANTAD

CENTROS COMARCALES DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS DE:

- PUERTO DE LA CRUZ: Agustín de Bethencourt, 17 - Puerto de la Cruz. 38400 - Teléfono: 922 385 557
- ICOD DE LOS VINOS: Avda. Marítima, s/n. (Casa del Mar) - San Marcos. Icod de los Vinos. 38420 - Teléfono: 922 810 962
- LA MATANZA DE ACENTEJO: Ctra. Gral. del Norte, 127 - La Matanza de Acentejo. 38370 - Teléfono: 922 577 721
- GRANADILLA DE ABONA: Ctra. Gral. Granadilla - El Médano, 44 - Granadilla de Abona. 38611 - Teléfono: 922 390 091
- LOS REALEJOS: San Isidro, s/n. - Mercado Municipal - Los Realejos. 38410 - Teléfono: 922 354 869
- COMUNIDAD TERAPEUTICA DE LAS CRUCITAS: Ctra. Gral. Granadilla - El Médano, 44 - Granadilla de Abona. 38611 - Teléfono: 922 770 051

Subvencionado por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias



ASOCIACION NORTE DE TENERIFE
DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS
C.I.F./N.I.F. - G-38310553

DETERMINACION DE METABOLITOS DE DROGAS EN ORINA

Nº Hª UAD: HISTORIA PMM FECHA:

USUARIO/A:

SOLICITADO POR:

DROGA/S SOLICITADA/S:

- OPIÁCEOS CANNABIS BENZODIACEPINAS
- COCAÍNA ANFETAMINAS OTRAS ()

FECHA VALIDEZ:

OBSERVACIONES:

Anexo 2. Cuestionario para la inserción social de personas drogodependientes en los recursos especializados de atención a las drogodependencias.



CUESTIONARIO

LA INSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES DESDE LOS RECURSOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RECURSO ESPECIALIZADO (a cumplimentar por el entrevistador)

Nombre:

Dirección:

Municipio:

MODALIDAD ASISTENCIAL

En relación a su actividad asistencial el centro se configura como:

- UAD
- Centro de día
- Comunidad terapéutica
- Otros (especificar):

• No sabe / No contesta

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. Dentro de este recurso, ¿existe un protocolo específico a seguir con los usuarios que inician su proceso de inserción social?

Si	
No	

2. En caso afirmativo, indicar cuál

.....

.....

.....

.....

.....

3. Durante el proceso de inserción social ¿Cuál es el profesional de referencia?

El trabajador/a social	
El psicólogo/a	
El equipo terapéutico	
El médico	
Otros (especificar)	
No sabe/ no contesta	

4. ¿En qué momento del tratamiento se inicia el proceso de inserción social?

Al comenzar el tratamiento (desde la acogida)	
Al culminar la desintoxicación	
Al comenzar la rehabilitación	
Otros (especificar)	

5. En relación a los usuarios drogodependientes, ¿qué condiciones generales se exigen para iniciar el proceso de inserción?

Ser mayor de edad	
Haber culminado con éxito la fase de desintoxicación	
Tener conciencia de que se tiene un problema	
Haber pasado por un periodo de abstinencia	
Tener algún familiar que se responsabilice del usuario durante el proceso	
Sentirse motivado para el cambio	
No padecer ninguna patología orgánica o psiquiátrica grave	
No presentar una problemática sociofamiliar grave	
Contar con una formación académica básica	
Otros (especificar)	
No sabe/ No contesta	

6. De las siguientes actividades, ¿podría señalar cuáles se realizan en su centro o recurso especializado?

A nivel individual:

	si	no	1 vez en semana	más de 2 veces en semana	Más de 3 veces en semana	1 vez al mes	Otros (señalar)
Actividades lúdico-deportivas							
Tercios individual							

A nivel familiar y grupal:

	si	no	1 vez en semana	Más de 2 veces en semana	Más de 3 veces en semana	1 vez al mes	Otros (señalar)
Reuniones periódicas con la familia							
Se favorece el contacto con grupos sociales del barrio							
Se fomenta la creación de grupos o asociaciones de ex toxicómanos							
Se favorece la creación de grupos de autoayuda							
Reuniones grupales de los propios usuarios							
Se favorece la integración en alguna asociación cultural o deportiva							
Otras							
No sabe/ no contesta							

8. En caso afirmativo. ¿Cómo? Y ¿cada cuánto tiempo?

Como:

Sesiones clínicas del E.T	
Coordinación con otros recursos	
Reuniones periódicas con familiares	
Entrevistas individuales al usuario	
Otros (especificar)	
No sabe/ no contesta	

Cada cuánto tiempo:

Una vez a la semana	
Más de dos veces a la semana	
Más de tres veces a la semana	
Una vez al mes	
Otros (especificar)	
No sabe/ no contesta	

9. ¿Tiene su programa de inserción social algún tipo de evaluación?

Si	
No	

10. En caso afirmativo indicar cuál o cuáles:

11. ¿Quién lleva a cabo la evaluación del proceso de inserción social de los usuarios?

El trabajador/a social	
El psicólogo/a	
El equipo terapéutico	
El médico	
Otros	
No sabe/ no contesta	

12. ¿El usuario tiene plena capacidad para participar en la toma de decisiones de su propio proceso de inserción social?

Si	
No	

13. Como norma general, ¿Cómo es la implicación de la familia en el proceso de inserción social de los usuarios drogodependientes?

Elevada	
Escasa	
Solo en momentos puntuales	
Otros (especificar)	
No sabe/ no contesta	

15. En caso afirmativo, indicar cuales:

UADS	
Centros de día	
Comunidades terapéuticas	
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	
Programas de tratamiento con metadona	
Programas específicos en centros penitenciarios	
Otros	
No sabe/ no contesta	

16. ¿Qué áreas de los Servicios Sociales son las que mayor implicación tienen en relación al proceso de inserción social de usuarios drogodependientes?

Salud	
Educación	
Empleo	
Vivienda	
Otros (especificar)	
No sabe/ no contesta	

17. Aproximadamente, ¿Cuánto dura como norma general el proceso de inserción social de personas drogodependientes?

3 meses	
---------	--

18. ¿Cree que los recursos específicos de atención a las drogodependencias existentes son los adecuados?

Si	
No	

19. En caso negativo, indicar ¿por qué?

.....
.....
.....
.....
.....

20. ¿Cree que estos mismos recursos, se adecúan a las necesidades reales de los usuarios drogodependientes?

Si	
No	

21. En caso negativo, indicar ¿por qué?

.....
.....
.....
.....
.....

22. De igual manera ¿Cree que los recursos de atención a las drogodependencias existentes en la actualidad son suficientes?

Sí, son suficientes	
NO, son escasos	
Otros (especificar)	

