



PERSPECTIVA EVOLUTIVA DE LA REINserCIÓN: NECESIDADES ACTUALES.

**XVI Jornadas sobre Familias y Drogodependencias
.- Abril 2009**

Maria Jesús Losada.-

EVOLUCIÓN

Los avances conseguidos son patentes en todos los ámbitos de intervención: prevención, asistencia e integración social de los pacientes consumidores, formación de profesionales, investigación, etc.

Concepto

Abordaje

Recursos

Perfiles de población



EVOLUCIÓN EN EL CONCEPTO de REINSERCIÓN

Persigue, para los individuos que se encuentran en situación de desventaja social, el mayor nivel de integración posible, en su entorno social más próximo, teniendo siempre en cuenta sus características personales y sociales.

El consumo abusivo y continuado de sustancias adictivas va produciendo en la persona un progresivo distanciamiento de sus referentes personales y sociales más próximos, se inicia un proceso de aislamiento y de riesgo de exclusión social.

PROCESO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Proceso social de separación de un individuo o grupo respecto de las posibilidades sociales, laborales, económicas, políticas y culturales a las que otros sí tienen acceso.

Supone un “acceso limitado” o un “no acceso” a derechos y oportunidades vitales fundamentales

Tiene un carácter multidimensional

- Dimensión económico – laboral
- Dimensión socio – relacional
- Dimensión psicológica – individual

PROCESO INTEGRACIÓN / EXCLUSIÓN

GRÁFICO DE CASTEL (1997)

**ZONA DE
INTEGRACIÓN**

Trabajo estable

**Relaciones
sólidas**

Sentido vital

**ZONA DE
VULNERABILIDAD**

**Trabajo
precario**

**Relaciones
inestables**

**Fragilidad
interna**

**ZONA DE
MARGINACIÓN**

**Exclusión
laboral**

**Aislamiento
social**

**Insignificancia
vital**



EVOLUCIÓN EN EL ABORDAJE

Desde modelos únicos y programas rígidos y estandarizados con circuitos terapéuticos lineales y compartimentados, en el que la reinserción social era “la fase final”.

Hacia un Modelo de Atención Integral en el que se desarrolla para cada paciente un Programa Personalizado de Intervención a cuyo servicio se ponen en juego diferentes medidas, estrategias, actividades y recursos y en el que la integración social es un objetivo fundamental presente a lo largo de todo el proceso.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **Individualización** : capacidad de adecuarse a las especiales características del individuo y su familia.
- **Flexibilidad**: capacidad de adaptación continua a las necesidades y cambios que se producen a lo largo del proceso de rehabilitación
- La **integración social** como un objetivo fundamental del proceso de atención: imposible considerar la **integración social** y laboral de las personas afectadas como un hecho diferenciado del tratamiento

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN

Desde recursos limitados y desconectados entre si, siguiendo cada uno un “estilo” propio sin directrices unificadas ni bajo objetivos comunes.

Hasta la configuración y progresiva consolidación de toda una Red de Atención Integral a las drogodependencias consolidada que desarrolla un conjunto de programas, servicios y recursos:

- diversificados, adaptados a perfiles y situaciones
- coordinados entre si
- y en función del PPI.

EVOLUCIÓN EN LOS PERFILES

(Estrategia Plan Nacional 2009/16)

Años 80-90

Población joven, heroína vía parenteral, HIV y otras patologías infecciosas, comisión de delitos y grave situación de marginalidad

Años 90-2000

- Cambios en perfil poblacional y pautas de consumo
- Descenso de usuarios de heroína y aumento de cánnabis y cocaína junto al alcohol
- Se empieza a conformar el “consumo recreativo” y su asociación a espacios de ocio.
- Incorporación de sectores de población más generales y en un marco de “normalización” muy diferente a la década anterior: compatibilización del consumo con el mantenimiento de estilos de vida integrados (familiar, educativo, incluso laboral)

EVOLUCIÓN EN LOS PERFILES (2)

En la década 2000 se confirma :

- Patrón de policonsumo cada vez más generalizado
- Disminución progresiva de usuarios de drogas v.p
- Por 1ª vez, a partir de 2005, la heroína deja de ser la sustancia que más motiva inicios de tratamiento y cede el puesto a la cocaína seguida del cánnabis y el alcohol
- Envejecimiento de consumidores con problemáticas
- Relación estrecha consumo/espacios y tiempos de ocio
- Incremento de trastornos mentales asociados
- Inmigración como grupo en desventaja social
- Clara influencia del consumo de sustancias en delitos relacionados con las “relaciones de convivencia”

LA REINSERCIÓN EN EL INSTITUTO DE ADICCIONES

Es transversal a todo el proceso de atención que, aunque cobre más protagonismo en los periodos avanzados, está presente siempre que se ponen en marcha acciones que promueven la “no desvinculación” de las personas en tratamiento, hacia su entorno familiar, relacional y laboral.



PROGRAMAS DE APOYO A LA REINSECCIÓN

POBLACION GENERAL

Integración
sociolaboral
Convivencial
Educación para la
Salud
Salud e integración
Integración social a
través del Ocio

COLECTIVOS ESPECIALES

Intervención en
los Juzgados de
Madrid
Mediación Penal
Mediación con
Población Gitana.
Población
Inmigrante

COMUNIDAD

Mediación
Comunitaria
Apoyo al
Movimiento
Asociativo.

P. INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL

Mejorar capacidades
 nivel de empleabilidad
 imagen social

Promover la colaboración del sector
empresarial.



S.O.L

- Diseña, junto con el usuario, el itinerario de inserción sociolaboral y realiza un acompañamiento a lo largo de todo el proceso (formación, empleo por cuenta ajena o autoempleo, empleo protegido, mejora y mantenimiento)
- Sensibiliza al tejido empresarial



Evolución:

2005-2008

- Inserciones laborales 2.361

- Reciben Acciones formativas 3.653

Creación del Servicio de Apoyo al Empleo Protegido (2007)

2007 : 13 inserciones

2008 : 25 inserciones

Red de 24 empresas especialmente sensibilizadas

dric

P. CONVIVENCIAL

Evolución:

Aumento de plazas y tipologías de pisos:

De 81 plazas en 2005 a 94

- Generales 70 plazas**
- Piso de autogestión 10 plazas**
- Piso de patología dual 14 plazas**

**2005 – 2008 fueron atendidos un total de 526
pacientes con un 80% de logros**



P. EDUCACION PARA LA SALUD Y P. SALUD E INTEGRACIÓN

Dirigidos a:

- mejorar la salud y la imagen física de los pacientes
- consolidar hábitos saludables

**Facilitando con ello su integración social y
laboral**



P. EDUCACION PARA LA SALUD Y P. SALUD E INTEGRACIÓN

Evolución:

- En 2006 se revisan y actualizan los materiales (conjunto de 6 módulos).
- En 2008 se establece un acuerdo de Colaboración con el Colegio de Odontólogos de Madrid y con el programa de Salud Bucodental de Madrid Salud que han posibilitado aumentar:
2007 19 pacientes
2008 77 pacientes

P. INTERVENCIÓN EN JUZGADOS DE GUARDIA DE MADRID

Ofrece un servicio integral de atención, información, orientación, asesoramiento y mediación especializada dirigido a:

- operadores judiciales (jueces, fiscales, forenses, abogados)
- drogodependientes detenidos o con causas judiciales pendientes y a sus familias
- red de atención a las drogodependencias

P. INTERVENCIÓN EN JUZGADOS DE GUARDIA DE MADRID

Evolución:

Importante aumento de los usuarios beneficiarios así como de la sensibilización de los jueces y sus requerimientos lo que ha hecho necesario aumentar la dotación de los profesionales.

2005 / 2008

- Informes emitidos a jueces: 5.972
- Comparecencias en juicios: 3.203
- Entrevistas realizadas: 40.452
- (drogodependientes y familias)

Proyecto para intervenir con penados por tráfico de drogas

PROGRAMA DE MEDIACIÓN PENAL

Ofrece un servicio de mediación entre drogodependientes infractores y víctimas, durante el proceso penal, que permite la reparación por parte del infractor del daño causado a la víctima. Facilita alternativas negociadas al ingreso en prisión a la vez que contribuye a mejorar la imagen social del drogodependiente.

Evolución :

Se ha crecido en el número de mediaciones:

2005 /2008 :429

PROGRAMA DE MEDIACIÓN CON POBLACIÓN GITANA

Desarrolla acciones de formación y orientación laboral, adaptadas a población adulta y a adolescentes y jóvenes gitanos en situación de riesgo.

2005-2008

- **Formados laboralmente** **407**
- **Inserciones laborales** **89**

P. DE MEDIACIÓN COMUNITARIA

Disminución de la conflictividad que en ocasiones genera el funcionamiento de dispositivos de atención al drogodependiente en la ciudad de Madrid o la presencia de drogodependientes en determinadas zonas.

Desarrolla toda una labor de mediación entre:

- la comunidad vecinal
- la red asistencial
- la población drogodependiente procurando su integración en la red de atención

Todo ello contribuye a mejorar la imagen y la aceptación del paciente drogodependiente.

P. DE MEDIACIÓN COMUNITARIA

Evolución :

- **Se han ampliado las zonas de intervención de 6 a 8 con 2000 mediaciones en 2005/08**
- **Se ha desarrollado un programa específico en la zona de Vallecas de integración a través del ocio que lleva a cabo el equipo de mediación comunitaria.**

En 2008 se ha publicado el Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria en Drogodependencias.

NECESIDADES : ESTRATEGIAS Y PRIORIDADES

- **Prestar atención a los colectivos más vulnerables en riesgo de exclusión:**
 - Pacientes con larga h^a de consumo y bajo potencial de cambio
 - Pacientes con patología dual
 - Drogodependientes sin hogar
 - Personas con necesidades especiales por diferencias de origen, cultura, idioma o etnia
 - Personas con complicaciones legales y judiciales
- **Garantizar la equidad en el acceso a los recursos y generar alternativas adaptadas**
- **Adecuación de programas, servicios y acciones a la perspectiva de género y de la multiculturalidad**

NECESIDADES : ESTRATEGIAS Y PRIORIDADES

- Mejora de la coordinación y del trabajo en red y la Sinergia con las entidades y la iniciativa social
- Optimización de los recursos y mejor aprovechamiento de las oportunidades por parte de los pacientes
- Seguimiento post alta
- Con respecto a la integración familiar: garantizar las actuaciones que mejoren sus competencias educativas, de gestión familiar y de incremento de la cohesión e integración interna.



GRACIAS