

# LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL EN DROGODEPENDENCIAS

I JORNADAS DEL INSTITUTO DE  
ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID  
LIBRO DE PONENCIAS





2 

LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL  
EN DROGODEPENDENCIAS

I JORNADAS DEL INSTITUTO  
DE ADICCIONES DE LA  
CIUDAD DE MADRID

LIBRO DE PONENCIAS

Diseño y maquetación: Doblehache Comunicación

Impresión:

Depósito Legal:

Edición: 2005

## Prólogo

El tratamiento de las drogodependencias no alcanzaría su último objetivo si no se trabajara, al mismo tiempo, en todos los aspectos relacionados con la normalización de los estilos de vida y con la plena integración social y laboral de las personas afectadas. Tratamiento e integración social constituyen dos procesos paralelos que conforman las dos caras de una misma realidad.

Desde esta perspectiva de abordaje integral de las drogodependencias, el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, adscrito al Organismo autónomo "Madrid Salud", ha dado en los últimos meses un importante impulso a las actuaciones orientadas a la reconstrucción de todas las parcelas que se han visto afectadas negativamente por el consumo de drogas y por los daños y problemas asociados al mismo (problemas de salud, ruptura de las relaciones familiares y sociales, inadecuada utilización del ocio, deficiente formación y capacitación profesional, etc.), todo ello encaminado a facilitar los procesos de incorporación social y laboral de este colectivo.

En esta línea de trabajo, la formación y actualización de los profesionales de la red de atención a las drogodependencias y el debate técnico entre los mismos y otras entidades e instituciones que desarrollan sus actuaciones en el campo de las drogodependencias, ha supuesto siempre una importante estrategia para mejorar, tanto la calidad de los programas y servicios ofertados a los ciudadanos, como los procesos y las fórmulas concretas de llevarlos a cabo, de la forma más ajustada posible a cada colectivo.

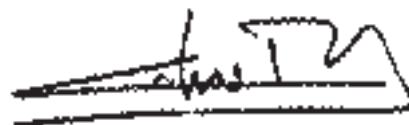
Con este objetivo, los días 2 y 3 de Diciembre de 2004 tuvieron lugar las "I Jornadas del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid", que han tenido como tema básico "La Integración Sociolaboral en Drogodependencias". Estas Jornadas han constituido un importante foro de debate técnico, en el que han participado expertos en drogodependencias y en reinserción pertenecientes a distintas administraciones y entidades que desarrollan su actividad en este ámbito. Las aportaciones que se han hecho en el marco de las mismas constituyen interesantes propuestas, que pueden ayudar a mejorar las intervenciones realizadas desde los diferentes centros y servicios de la red. Los temas abordados en este marco han sido los siguientes:

- El reto de la integración social en drogodependencias.
- El papel de los municipios en la inserción social y laboral de drogodependientes.
- La perspectiva de género en el proceso de integración social en drogodependencias.
- Drogodependencias y colectivos especiales; necesidad de intervención.
  - La intervención con población gitana.
  - La intervención con población inmigrante.
  - La integración social de drogodependientes con problemas judiciales.
  - Programa para drogodependientes sin hogar.
- El asociacionismo en drogodependencias como herramienta para la integración social.
- Los medios de comunicación y la integración social en drogodependencias.

- Familia e integración social en drogodependencias.
- Interdisciplinariedad en la inserción sociolaboral de drogodependientes.
- Programas institucionales, yacimientos de empleo; el autoempleo como acceso al ámbito empresarial.

Entre las Instituciones que han colaborado con el Ayuntamiento de Madrid en el desarrollo de las Jornadas, hay que citar a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), los Ayuntamientos de Valencia y Sevilla, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, Cáritas – Madrid, Cruz Roja Española Oficina de Madrid, F.E.R.M.A.D., S.I.A.D., Fundación Secretariado General Gitano y, entre los medios de comunicación, Telemadrid.

La presente publicación recoge los resúmenes de las ponencias que fueron presentadas en el marco de las Jornadas, dando así respuesta a la petición expresa de muchas de las entidades y profesionales asistentes a las mismas. Quiero agradecer a todos los participantes en las distintas conferencias y mesas redondas sus trabajos y a todos los asistentes su presencia y aportaciones, esperando que el contenido de este documento contribuya a enriquecer el debate en torno al importante reto que supone la integración social y laboral de los drogodependientes.



Pedro Calvo Poch

*Consejal de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad y  
Presidente del Consejo Rector de Madrid-Salud*

• PRÓLOGO .....	5
PONENCIA 1. EL RETO DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS	9
PONENCIA 2. EL PAPEL DE LOS MUNICIPIOS EN LA INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN DROGODEPENDENCIAS	29
PONENCIA 3. LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES DESDE EL AYUNTAMIENTO DE MADRID	35
PONENCIA 4. SERVICIO DE MEDIACIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS PARA LA COMUNIDAD GITANA	41
PONENCIA 5. LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS CON PROBLEMAS JUDICIALES	45
PONENCIA 6. PROGRAMA DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES SIN HOGAR	51
PONENCIA 7. EL ASOCIACIONISMO EN DROGODEPENDENCIAS COMO HERRAMIENTA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL	61
PONENCIA 8. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DROGAS: LA INSERCIÓN	65
PONENCIA 9. LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES	71
PONENCIA 10. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE	77
PONENCIA 11. CENTRO DE DÍA CON APOYO RESIDENCIAL PARA EL TRATAMIENTO Y LA DESINTOXICACIÓN DE DROGODEPENDIENTES "LOS ALMENDROS"	81
PONENCIA 12. REINSERCIÓN "ETAPA DE RECUPERACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE"	85
PONENCIA 13. INTERDISCIPLINARIEDAD EN LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES	89
PONENCIA 14. APORTACIONES DEL PSICÓLOGO EN LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN DROGODEPENDENCIAS	93
PONENCIA 15. INTERDISCIPLINARIEDAD EN LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES	99



# 1 El reto de la integración social en drogodependencias

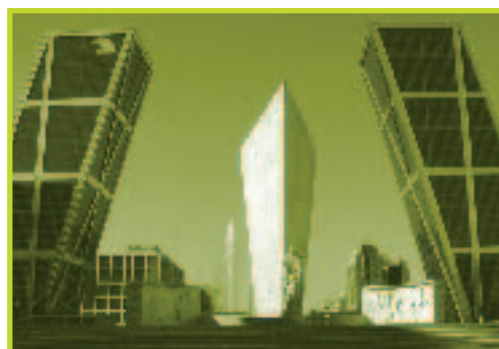
Francisco de Asís Babín Vich  
Director Gerente del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

## Definiciones

---

### Salud\* - O.M.S.

“Estado de completo bienestar físico, mental y social para trabajar activamente y participar productivamente en la vida de la comunidad y no sólo la mera ausencia de enfermedad”.



### El Sistema Sanitario

- Sistema integral:
  - Atiende a los aspectos de prevención, promoción, asistencia, investigación y docencia.
- Sistema integrado:
  - Atiende a la población de manera continua, en sus aspectos bio-psico-sociales, mediante los distintos niveles en que se estructura el sistema sanitario único.

### Definición

“Conjunto de procesos dirigidos a la capacitación del individuo drogo-dependiente, proporcionándole los medios y propiciando las condiciones óptimas de modo que se facilite la incorporación social y la participación activa en la sociedad desde una posición autónoma y responsable”.

### Definición

“Aquella parte de la intervención en drogodependencias, relacionada con los procesos de socialización y normalización de los sujetos en tratamiento”.

- Comienza con el propio inicio del tratamiento.
- Forma parte del “continuo” terapéutico.
- Se acentúa su importancia una vez superadas la desintoxicación y la deshabituación.

### Límites

El límite entre asistencia y reinserción debería hallarse en la definición de los objetivos que se persiguen desde cada ámbito:

---

\* *Declaración fundacional.*

- La respuesta asistencial debe dirigirse a abordar la relación sujeto-drogas.
- Los programas de reinserción recogerían todas las actividades de socialización tendentes a una integración efectiva en la sociedad.

## Marco normativo

---

### Constitución Española (1978)

- Artículo 9
  - 1. Los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico.
  - 2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.
- Artículo 14
  - Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Artículo 35
  - 1. Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo.
- Artículo 43
  - 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
  - 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
  - 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.
  - 4. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

### Equidad

“Igualdad de oportunidad de acceso para la misma necesidad”.

### Ley General de Sanidad (1986)

- Artículo 6º
  - Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
    - 1.- A la promoción de la salud.
    - 2.- A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
    - 3.- A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
    - 4.- A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
    - 5.- A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

## Ley de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (2002)

- Exposición de motivos:

“Es objetivo prioritario de esta Ley garantizar una atención integral, que conciba las drogodependencias y otros trastornos adictivos como una enfermedad común con repercusiones en los ámbitos biológico, psicológico, social y económico”.

- Artículo 23:
  - 1.- La integración social de las personas drogodependientes se realizará mediante una intervención individual y comunitaria, persiguiendo como fin último la integración y normalización del individuo en la sociedad, apoyándose en sus recursos personales y sociales.
  - 2.- La Administración Autonómica desarrollará programas destinados a facilitar al drogodependiente la adquisición y el desarrollo de las estrategias y los recursos personales y sociales que sean necesarios para su integración.
  - 3.- En el ámbito familiar se fomentarán estrategias dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente.
  - 4.- En el ámbito laboral se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa de empleo. Asimismo se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una factible incorporación laboral.
  - 5.- En el ámbito de la juventud se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que, además de cumplir una importante función de prevención, se convertirán en instrumentos de integración de la juventud marginada en nuestra sociedad. A estos efectos se aprovecharán especialmente los correspondientes programas generales educativos de capacitación profesional, los de empleo, los de vivienda y los de la red de servicios sociosanitarios.
  - 6.- Se fomentará la realización de actuaciones y programas educativos dirigidos principalmente a la adquisición de habilidades intelectuales, utilización de las capacidades básicas del aprendizaje y la nivelación cultural.
  - 7.- Los poderes públicos velarán y propiciarán la colaboración y la coordinación de las instituciones públicas y de iniciativa social privada, ya que para la consecución del objetivo de integrar en la sociedad al drogodependiente, es imprescindible la participación de dichas instituciones, grupos y asociaciones.
  - 8.- Con el fin de favorecer la efectiva integración social de las personas drogodependientes, los poderes públicos fomentarán los necesarios cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posibiliten la aceptación de las peculiaridades de las personas drogodependientes y de los servicios que necesitan.

## Objetivos del PNsD

- Favorecer programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas, su incorporación a la sociedad.
- Promover por parte de los ayuntamientos, programas para la integración social de los drogodependientes en función de sus necesidades y recursos.
- Fomentar la coordinación con las redes de salud y servicios sociales, con el objeto de establecer programas individualizados que usen todos los recursos disponibles en el ámbito autonómico y municipal.
- Disponer por parte de los Planes Autonómicos y Locales sobre Drogas, de programas de formación y empleo tanto normalizados como específicos.
- Mantener e intensificar la colaboración con las agencias públicas, en orden a facilitar la incorporación del drogo-dependiente en tratamiento, a los programas de formación ocupacional.

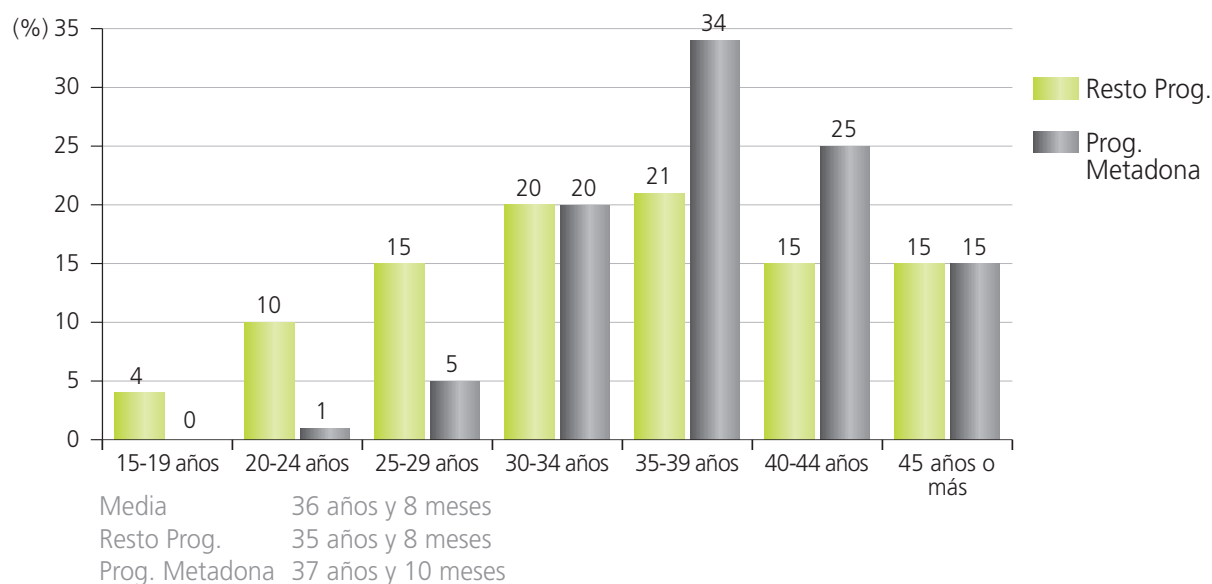
## Carga de enfermedad

### PMCD-2003

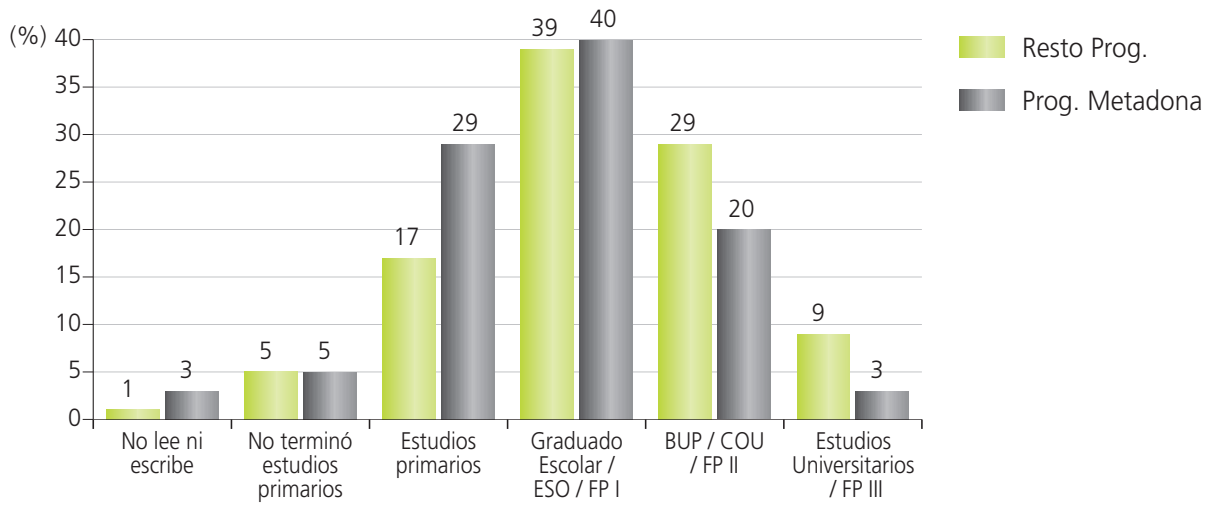
DROGODEPENDIENTES ATENDIDOS EN LOS CADs EN 2003				
CADs	Casos a 01.01.03	Casos Nuevos en 2003	Reingresos en 2003	Total Casos atendidos 2003 (*)
Latina	568	324	193	1.085
Villaverde	492	250	102	844
Vallecas	507	307	161	975
San Blas	510	346	229	1.085
Tetuán	598	219	101	918
Arganzuela	512	330	142	984
Hortaleza	598	293	145	1.036
<b>TOTAL</b>	<b>3.785</b>	<b>2.069</b>	<b>1.073</b>	<b>6.927</b>

(\*) Un paciente puede ingresar más de una vez en el año.

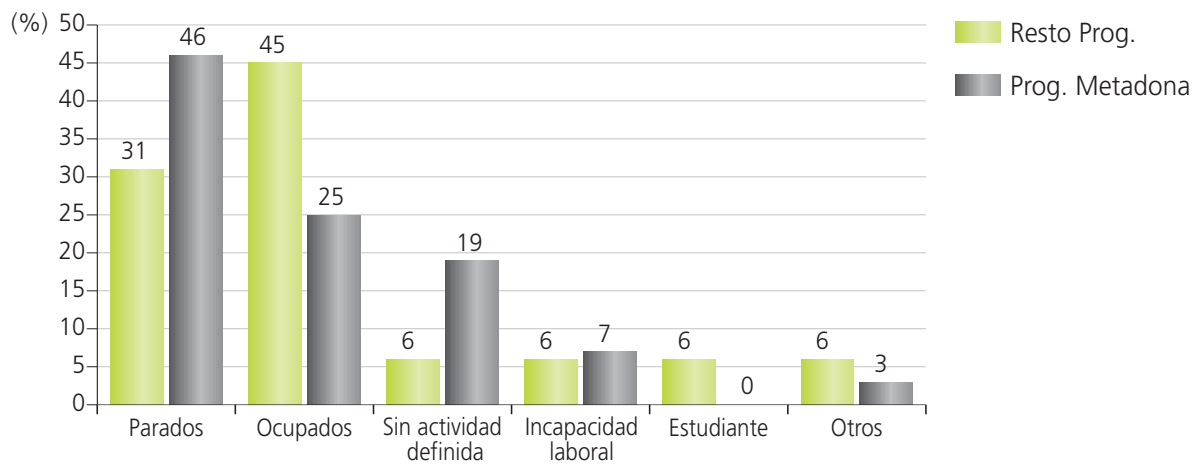
### EDAD



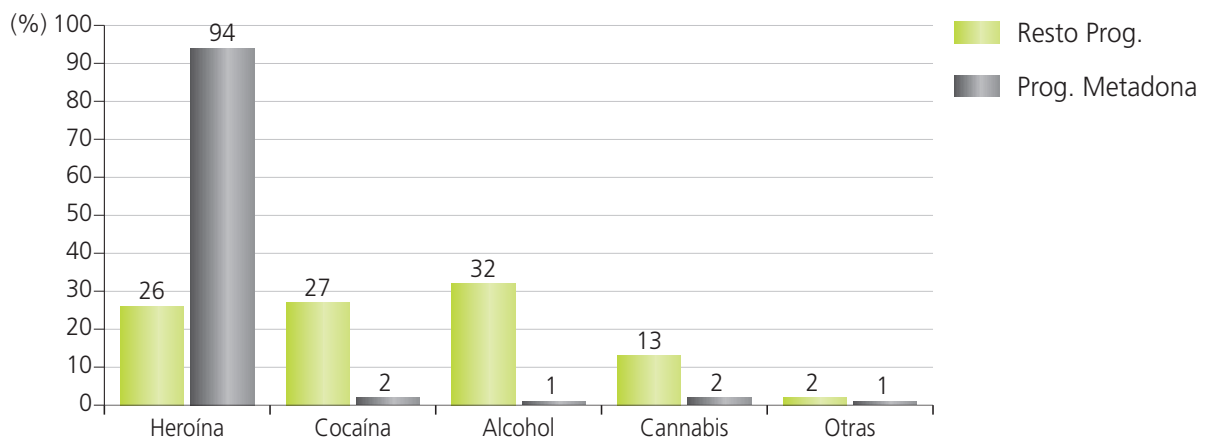
### NIVEL DE ESTUDIOS



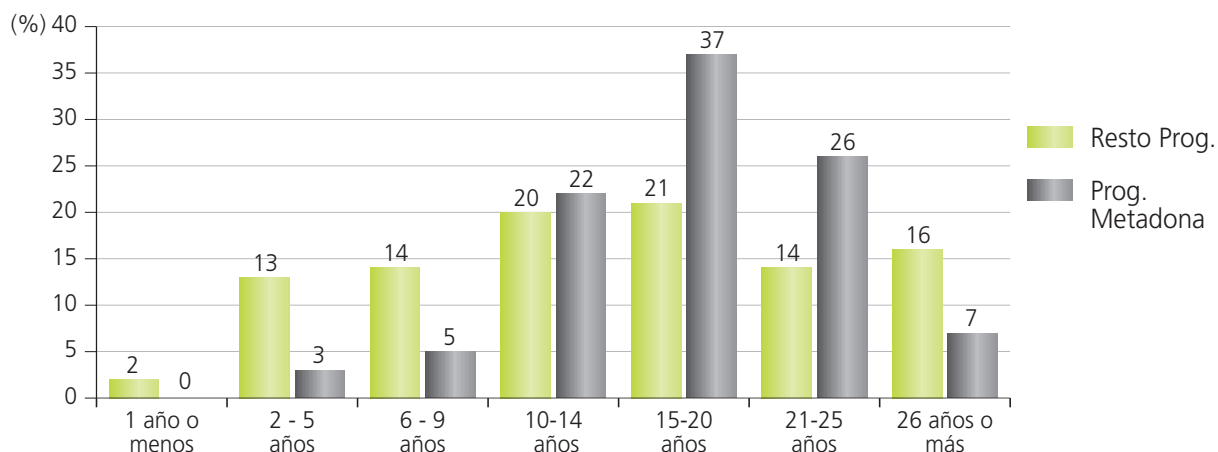
### SITUACIÓN LABORAL



### DROGA PRINCIPAL

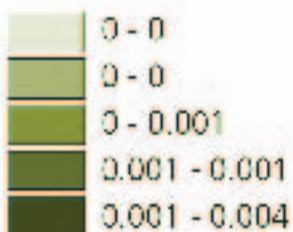


### AÑOS DE CONSUMO DE LA DROGA PRINCIPAL



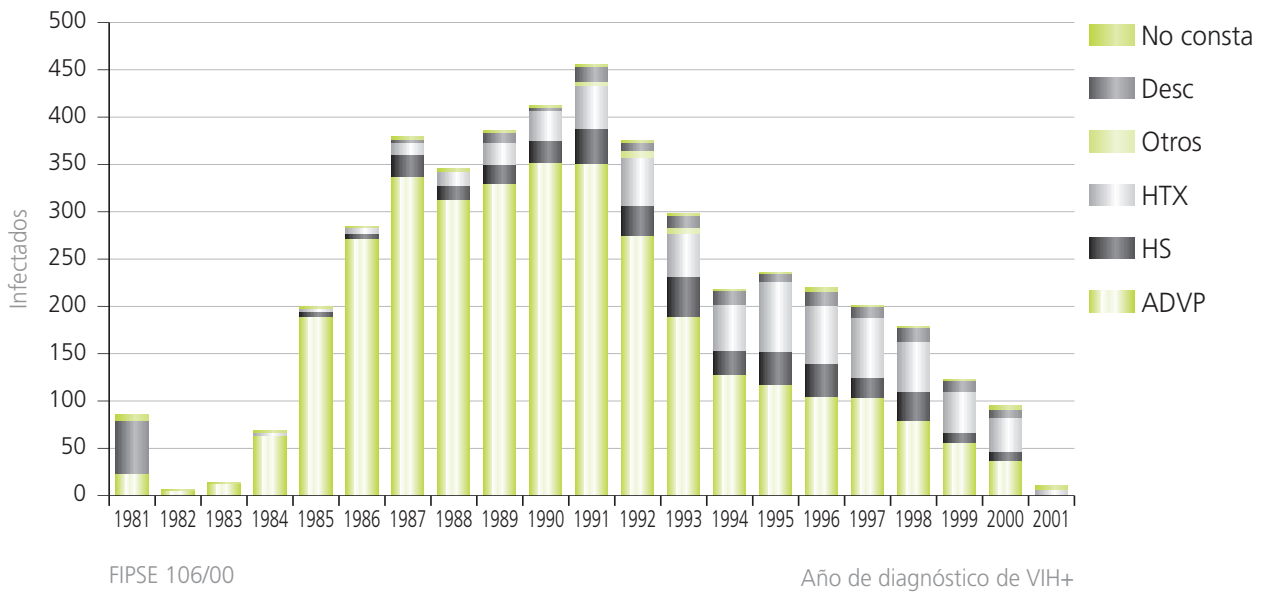
Media años consumo:  
 Resto programas: 15 años y 1 meses  
 Prob. metadona: 17 años y 4 meses  
 Total: 16 años y 3 meses

### COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1980 A 1984 Casos de SIDA por 100.000 habitantes

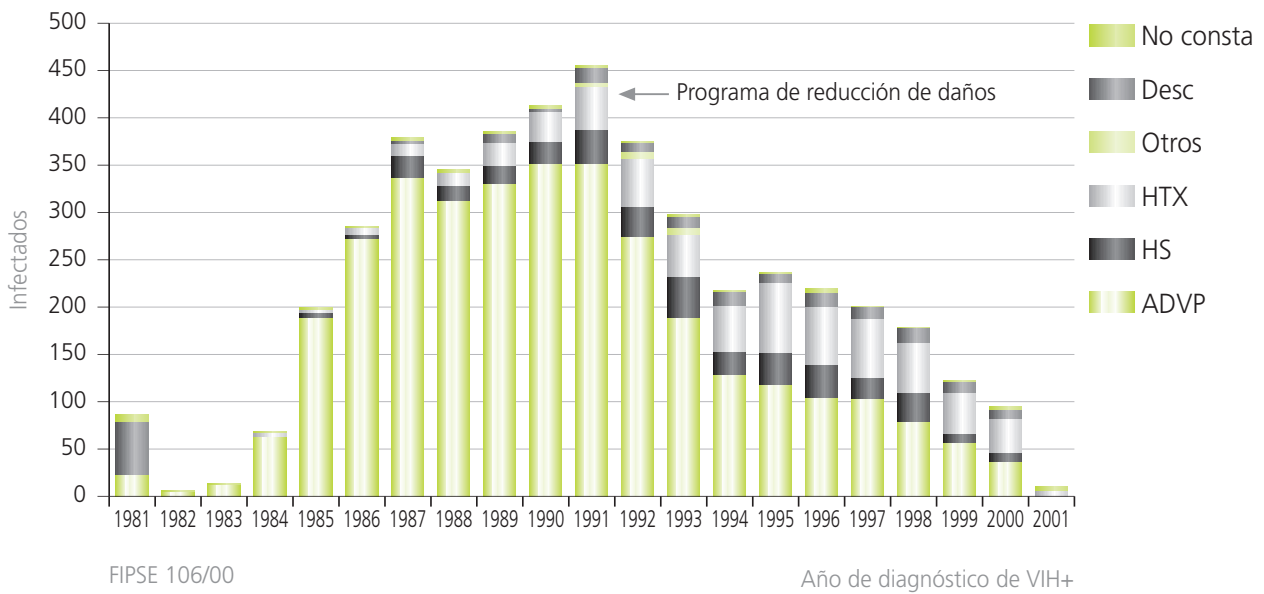


Fuente: Servicio de Epidemiología.  
 Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

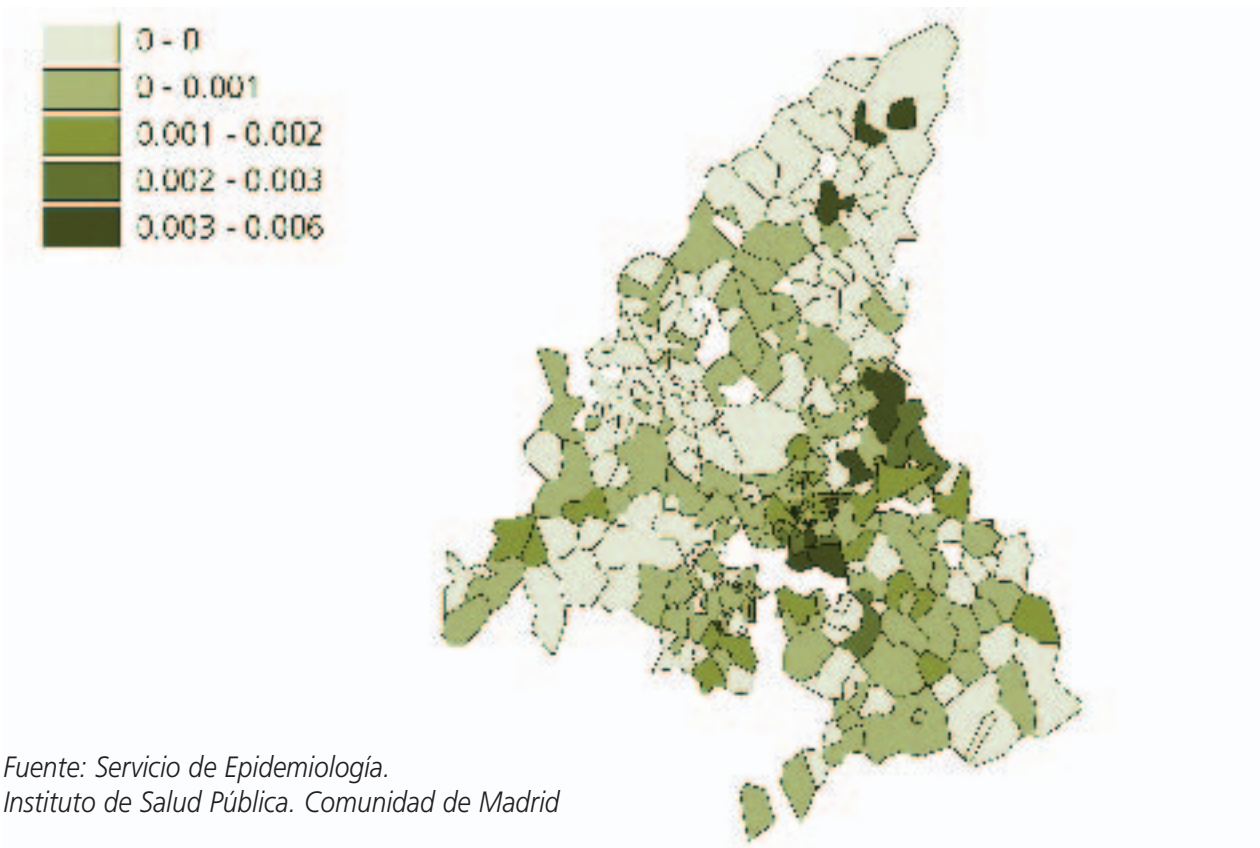
### COHORTE METROPOLITANA



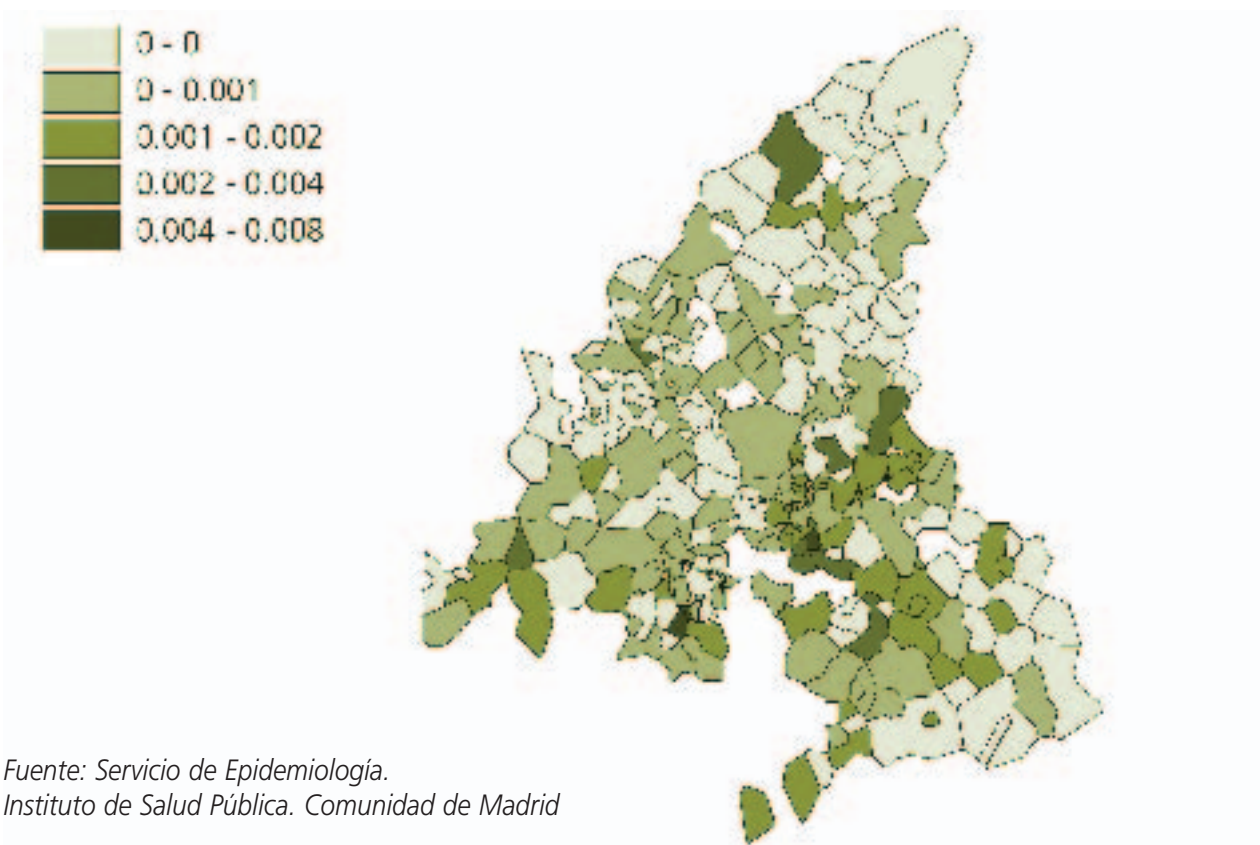
### COHORTE METROPOLITANA



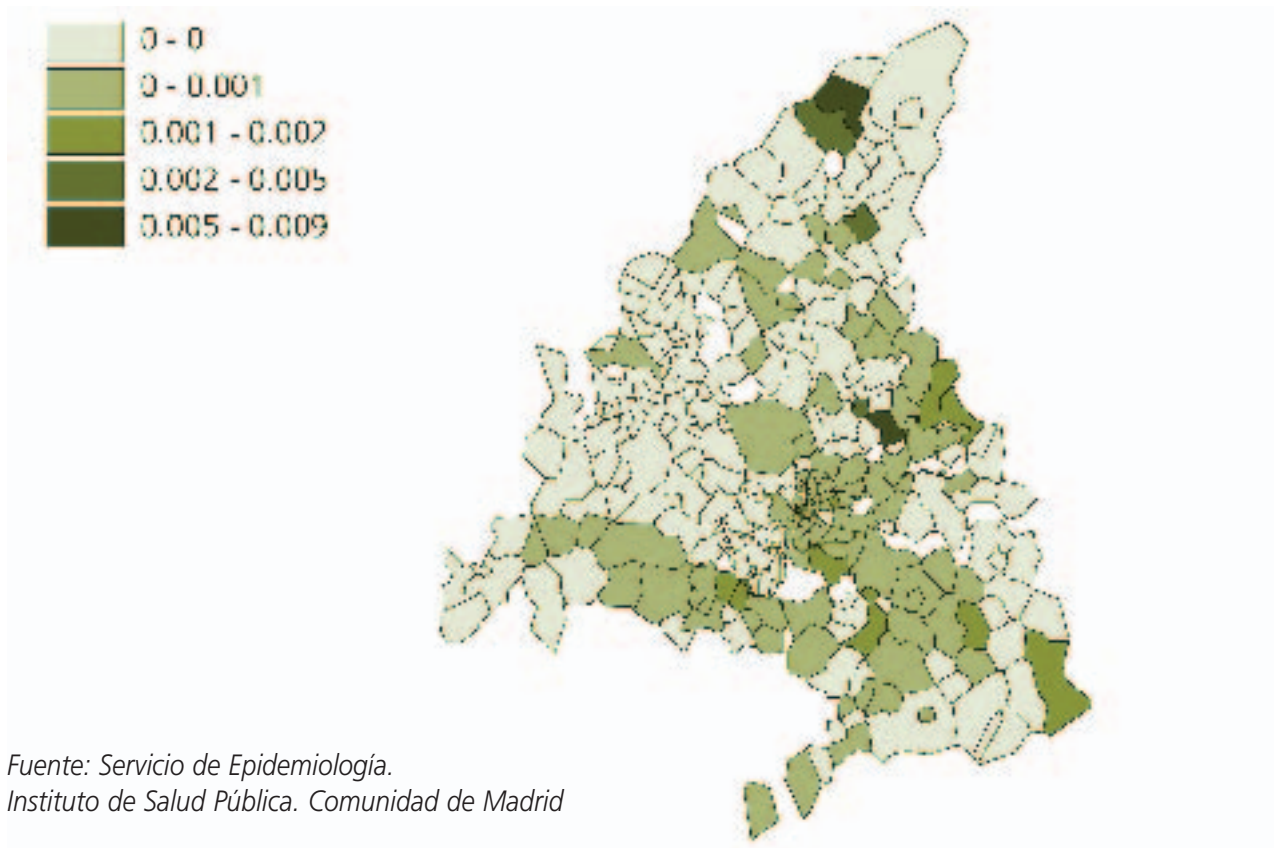
COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1985 A 1989  
Casos de SIDA por 100.000 habitantes



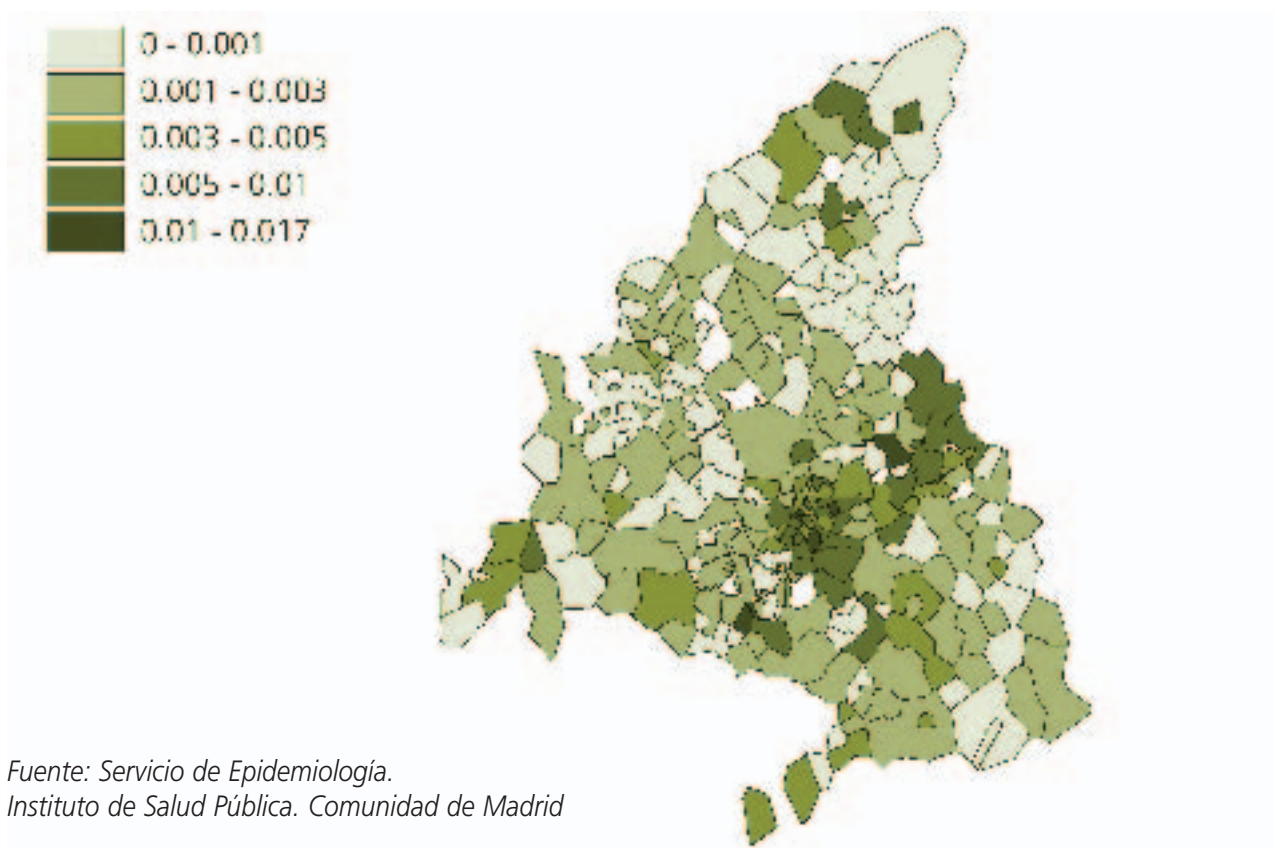
COMUNIDAD DE MADRID DESDE 1990 A 1994  
Casos de SIDA por 100.000 habitantes



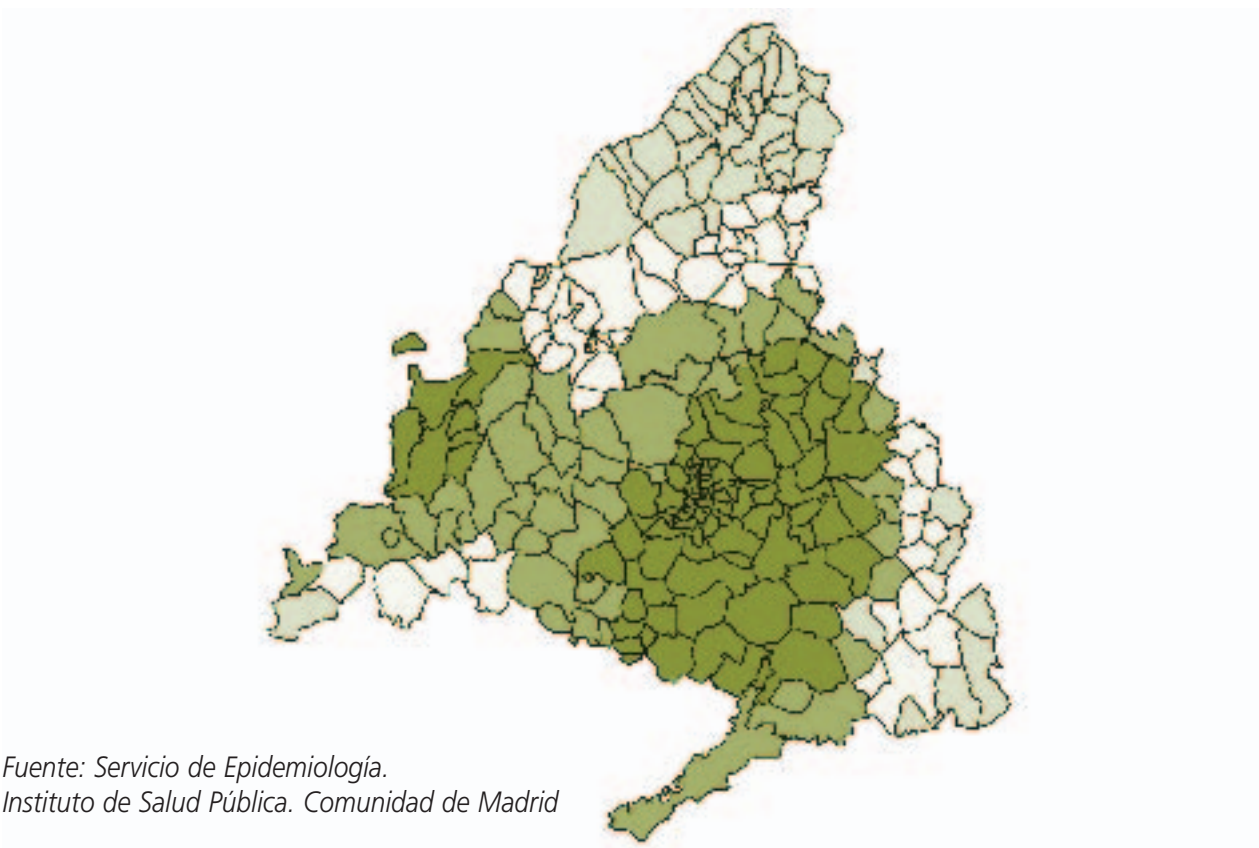
COMUNIDAD DE MADRID. DE 1995 A 2001  
Casos de SIDA por 100.000 habitantes



TASAS ACUMULADAS DE SIDA. COMUNIDAD DE MADRID  
Casos por 100.000 habitantes

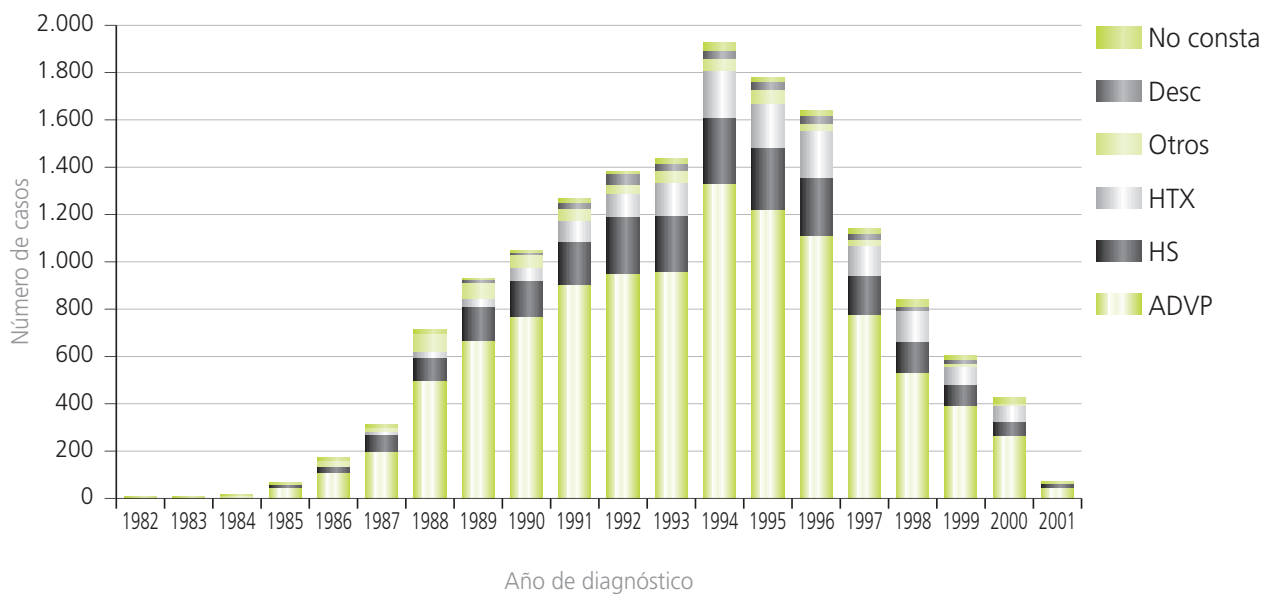


### SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TASAS AJUSTADAS POR POBLACIÓN



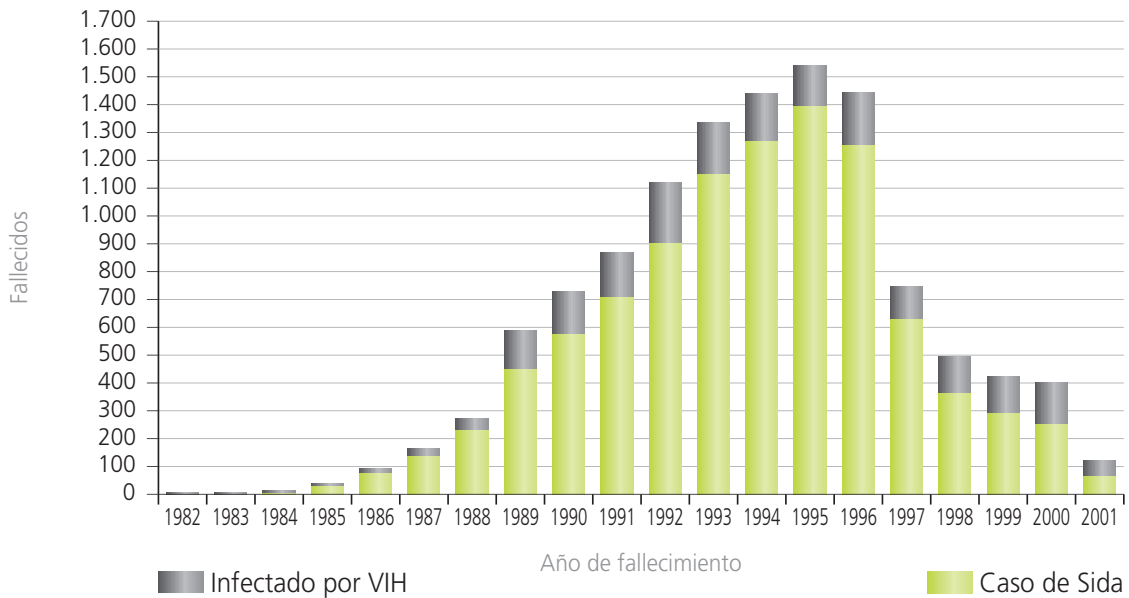
Fuente: Servicio de Epidemiología.  
Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### SIDA - CURVA EPIDÉMICA



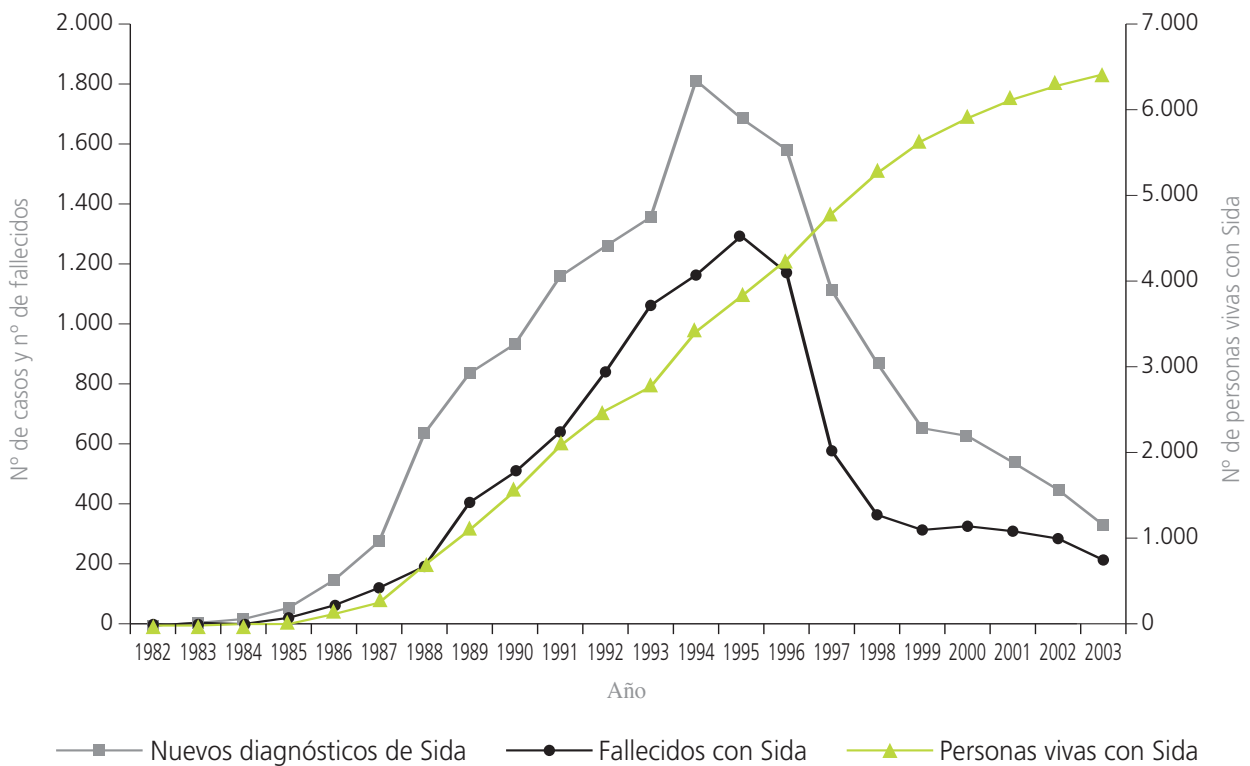
Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

### MORTALIDAD EN INFECTADOS POR VIH



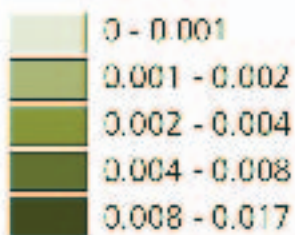
Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

### CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS, FALLECIDOS Y PERSONAS VIVAS CON SIDA POR AÑO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (1982-2003)



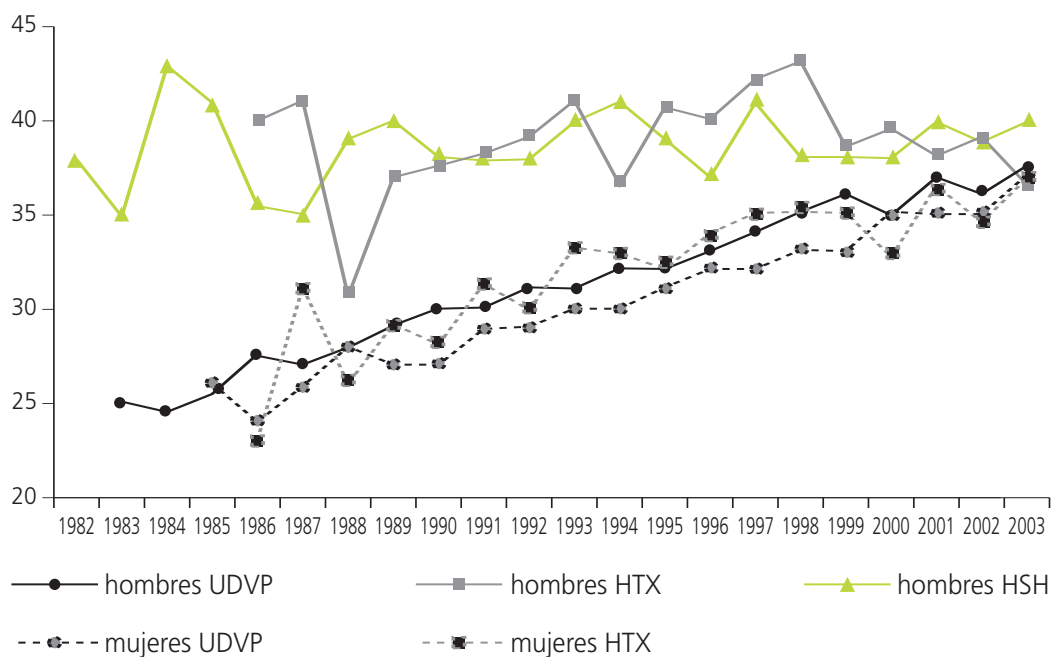
Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

### SIDA EN UDVP. COMUNIDAD DE MADRID



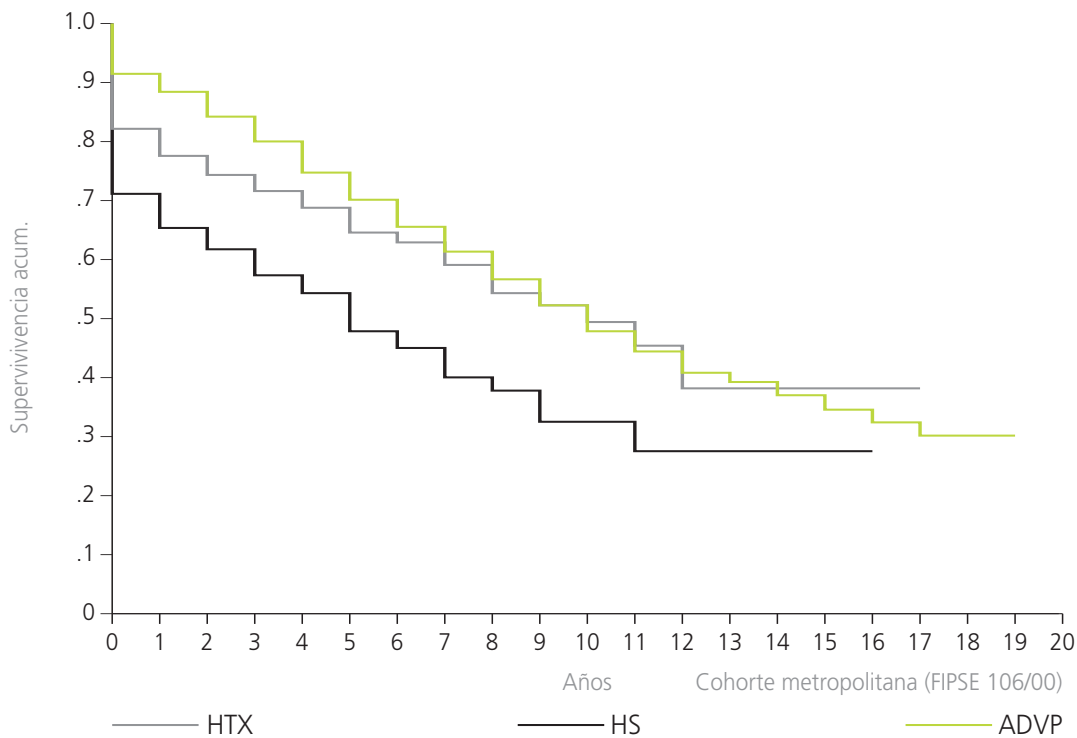
Fuente: Servicio de Epidemiología.  
Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### CASOS DE SIDA EN LA CM: MEDIANA DE EDAD AL DIAGNÓSTICO DE SIDA POR GÉNERO, CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN Y AÑO



Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

TIEMPO LIBRE DE ENFERMEDAD



MODOS DE PREPARACIÓN DE LA DROGA Y FORMAS DE INYECCIÓN ASOCIADAS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN LOS CONSUMIDORES DE DROGA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. NOVIEMBRE 2002

		SI comparten el material de preparación de la dosis Y cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	SI comparten el material de preparación de la dosis PERO NO cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	NO comparten el material de preparación de la dosis NI cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	Total
Utilizan jeringas ya usadas por otros	Si	4 (3,2%)	4 (3,2%)	2 (1,6%)	10 (8,1%)
	No	5 (4,0%)	56 (45,2%)	53 (42,7%)	114 (91,9%)
Total		9 (7,3%)	60 (48,4%)	55 (44,3%)	124 (100%)

Todos los porcentajes se calculan sobre total:124 que se inyectan el último mes  
 Todos los que cogen droga disuelta de una jeringa ya usada, también comparten el material de preparación de la dosis

Fuente: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES, BEBEDORES A RIESGO Y CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales (1)	56,7 (±2,2)*	69,7 (±2,9)	44,4 (±3,0)	57,8 (±3,8)	55,3 (±3,8)	57,0 (±3,7)
Bebedores a riesgo (2)	3,6 (±0,8)	5,1 (±1,4)	2,1 (±0,9)	3,4 (±1,4)	3,3 (±1,3)	4,1 (±1,5)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (3)	10,5 (±1,3)	14,2 (±2,2)	7,1 (±1,6)	20,5 (±3,1)	8,5 (±2,1)	3,1 (±1,3)
Test CAGE+ en bebedores habituales	13,4 (±2,0)	16,2 (±2,8)	9,2 (±2,7)	14,9 (±3,6)	15,3 (±3,7)	10,1 (±3,0)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,0 (±0,8)	5,0 (±1,5)	0,7 (±0,6)	5,5 (±2,0)	2,6 (±1,3)	1,4 (±1,0)

\* Intervalo de confianza al 95%

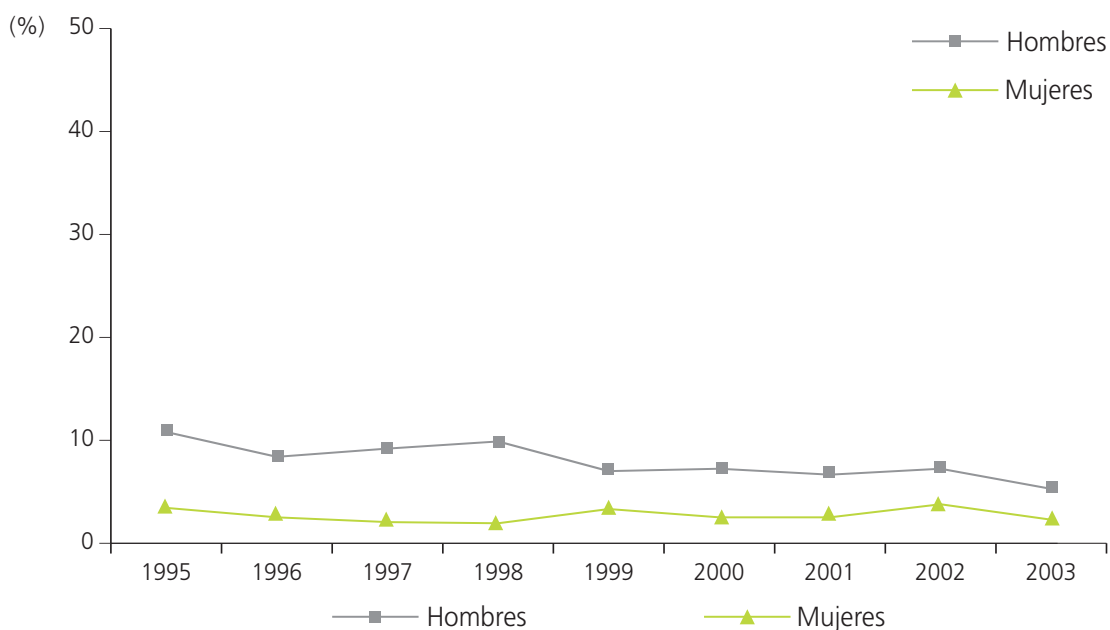
(1) Consumo del alcohol al menos una vez semana en los últimos 30 días

(2) Consumo de alcohol de ≥50 cc./día en hombres y ≥30 cc./día en mujeres

(3) Consumo en un corto período de tiempo de ≥80 cc. en hombres y ≥60 cc. en mujeres

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

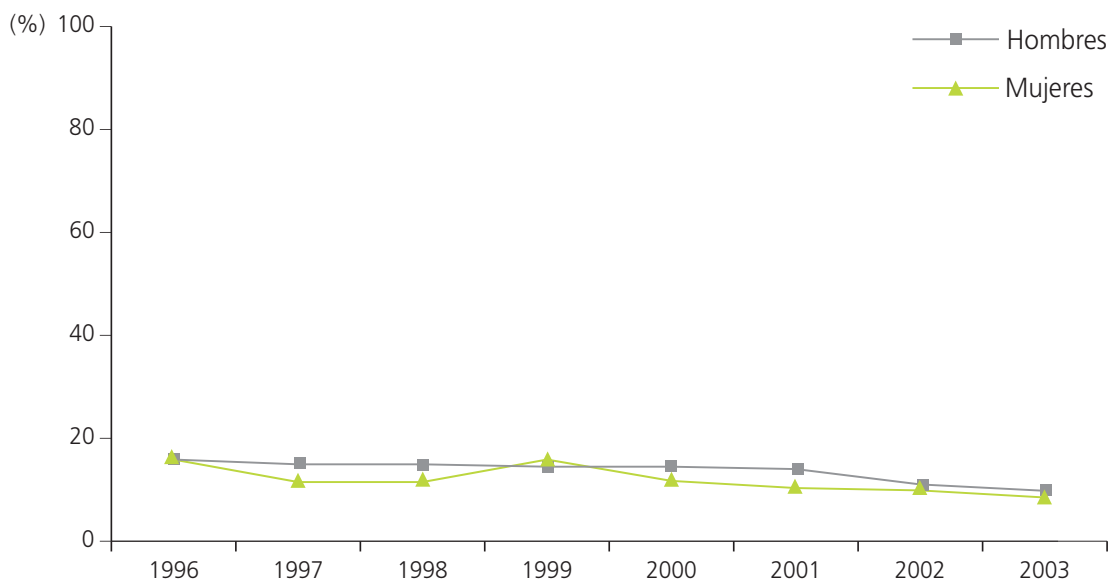
PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO



\* Consumo de alcohol de ≥50 cc./día en hombres y ≥30 cc./día en mujeres.

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO\*.  
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2003



\* Bebedores de riesgo en jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de  $\geq 50$  cc. en chicos y  $\geq 30$  cc. en chicas.

Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

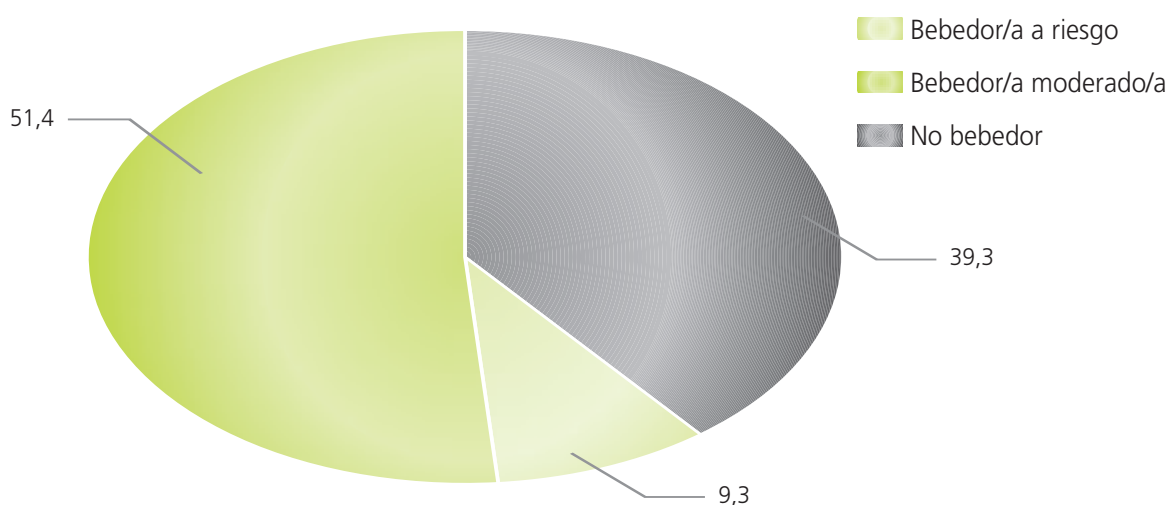
PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO, DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL  
Y DE HABER VIAJADO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL,  
SEGÚN GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	GÉNERO		EDAD	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	9,3 ( $\pm 2,0$ )*	9,8 ( $\pm 2,4$ )	8,8 ( $\pm 2,4$ )	5,5 ( $\pm 1,7$ )	9,5 ( $\pm 2,4$ )
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	36,9 ( $\pm 3,7$ )	40,1 ( $\pm 5,1$ )	33,8 ( $\pm 4,1$ )	28,7 ( $\pm 4,0$ )	38,4 ( $\pm 4,4$ )
Borrachera en los últimos doce meses	46,5 ( $\pm 3,0$ )	44,2 ( $\pm 3,9$ )	48,7 ( $\pm 4,0$ )	39,8 ( $\pm 3,9$ )	48,9 ( $\pm 4,1$ )
Borrachera en los últimos 30 días	24,9 ( $\pm 2,7$ )	23,9 ( $\pm 3,2$ )	25,9 ( $\pm 3,5$ )	20,2 ( $\pm 3,3$ )	27,0 ( $\pm 3,9$ )
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	18,4 ( $\pm 2,3$ )	20,3 ( $\pm 3,1$ )	16,6 ( $\pm 2,7$ )	14,7 ( $\pm 2,7$ )	17,7 ( $\pm 2,7$ )

\* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO\*.  
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID



\* Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas.

Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de >= 50 cc. en los chicos y >= 30 cc. en las chicas.

Fuente: SIVFRENT-J 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL  
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	GÉNERO		EDAD	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	1,8 (±0,5)*	1,3 (±0,8)	2,3 (±0,8)	1,9 (±0,8)	1,6 (±0,8)
Hachís	26,7 (±2,8)	27,8 (±3,6)	25,6 (±3,5)	22,7 (±3,3)	28,3 (±3,9)
Cocaína	2,7 (±0,9)	3,8 (±1,6)	1,6 (±0,9)	0,9 (±0,7)	2,6 (±1,2)
Heroína	0,1 (±0,1)	0,2 (±0,3)	0 (±0,4)	0 (±0,5)	0,1 (±0,3)
Speed o anfetaminas	0,7 (±0,4)	0,9 (±0,5)	0,4 (±0,4)	0,2 (±0,3)	0,5 (±0,5)
Éxtasis u otras drogas de diseño	1,3 (±0,7)	1,3 (±0,9)	1,2 (±0,7)	0,6 (±0,5)	1,3 (±1,0)
Alucinógenos	0,5 (±0,4)	0,3 (±0,4)	0,7 (±0,5)	0,5 (±0,5)	0,4 (±0,4)
Sustancias volátiles	0,7 (±0,4)	1,1 (±0,8)	0,3 (±0,4)	0,4 (±0,5)	0,8 (±0,7)

\* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

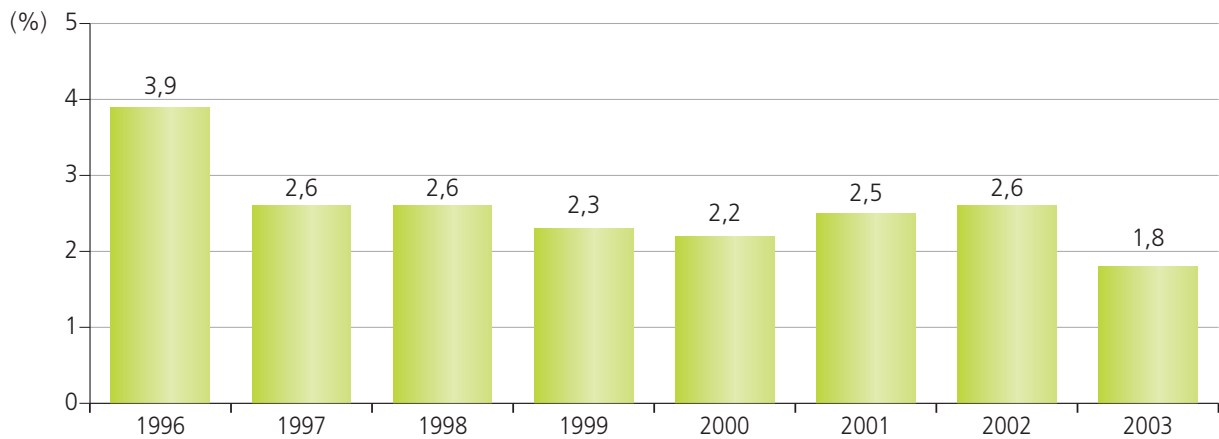
PROPORCIÓN DE JÓVENES A LOS QUE HAN OFRECIDO DROGAS DE COMERCIO ILEGAL, SEGÚN GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	GÉNERO		EDAD	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	27,6 (±2,8)*	32,2 (±3,3)	23,2 (±3,3)	27,0 (±3,6)	27,0 (±3,5)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	12,4 (±2,2)	14,8 (±2,5)	10,0 (±2,7)	11,2 (±3,1)	13,0 (±2,7)

\* Intervalo de confianza al 95%

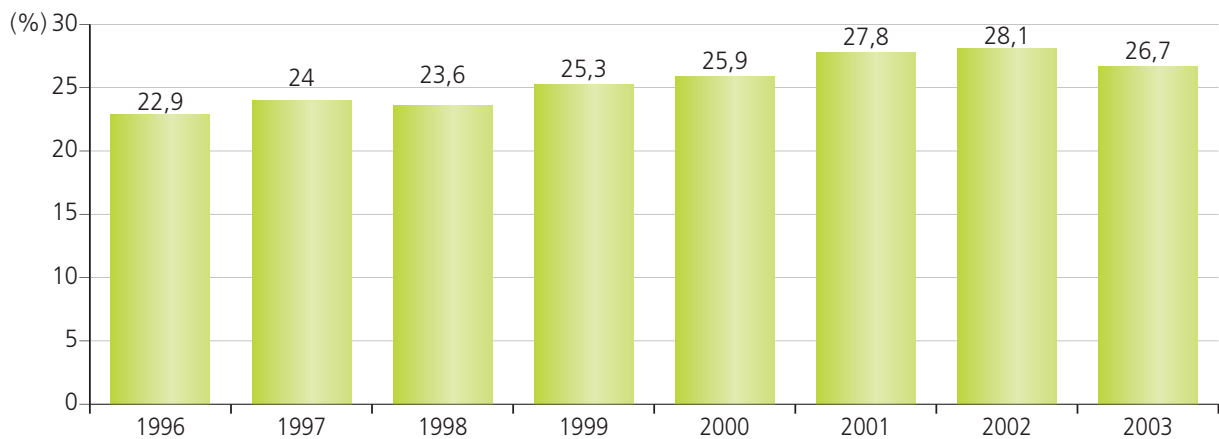
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN (Consumo en jóvenes)



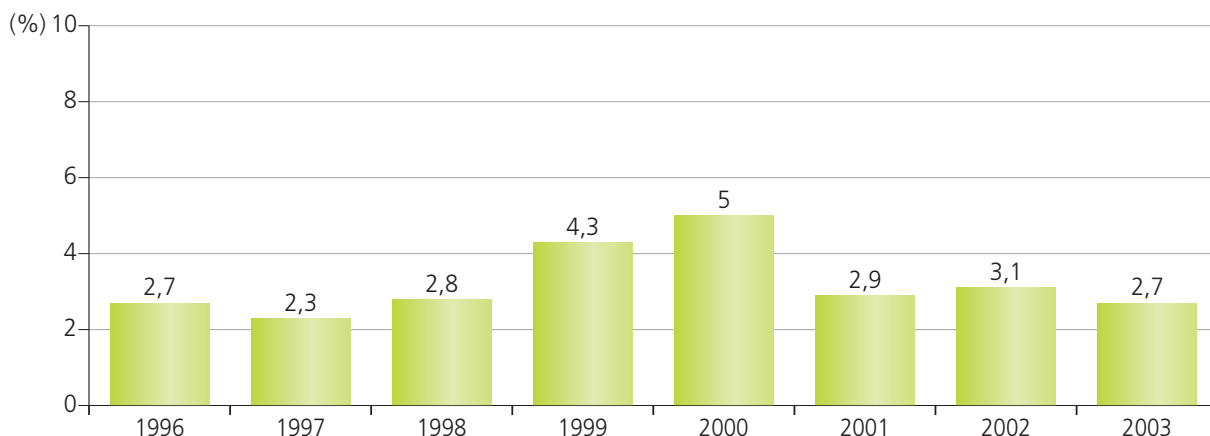
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

HACHÍS (Consumo en jóvenes)



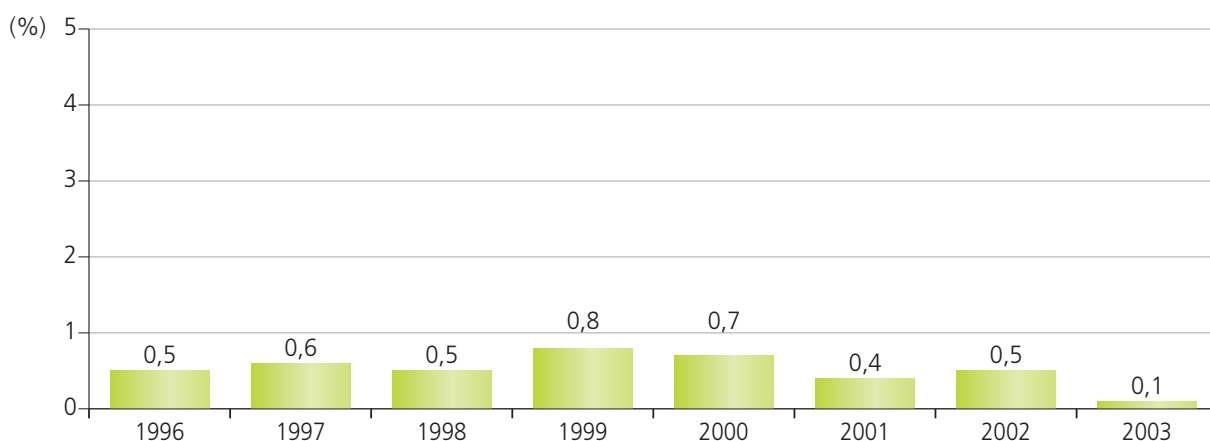
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### COCAÍNA (Consumo en jóvenes)



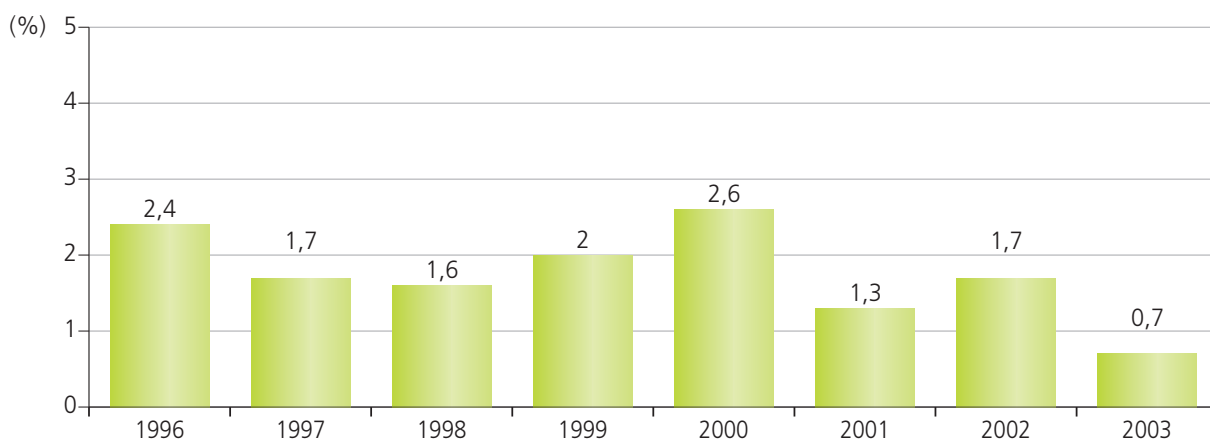
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### HEROÍNA (Consumo en jóvenes)



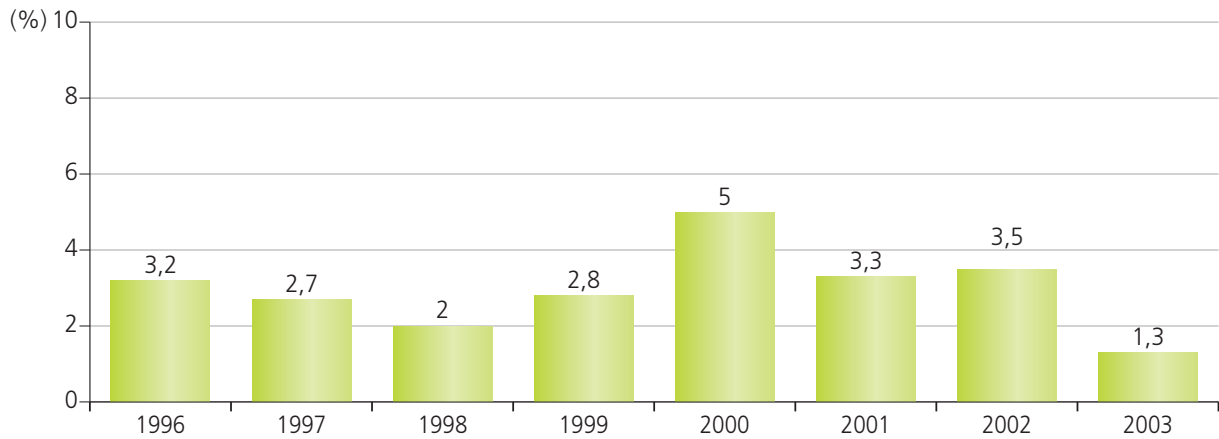
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### SPEED O ANFETAMINAS (Consumo en jóvenes)



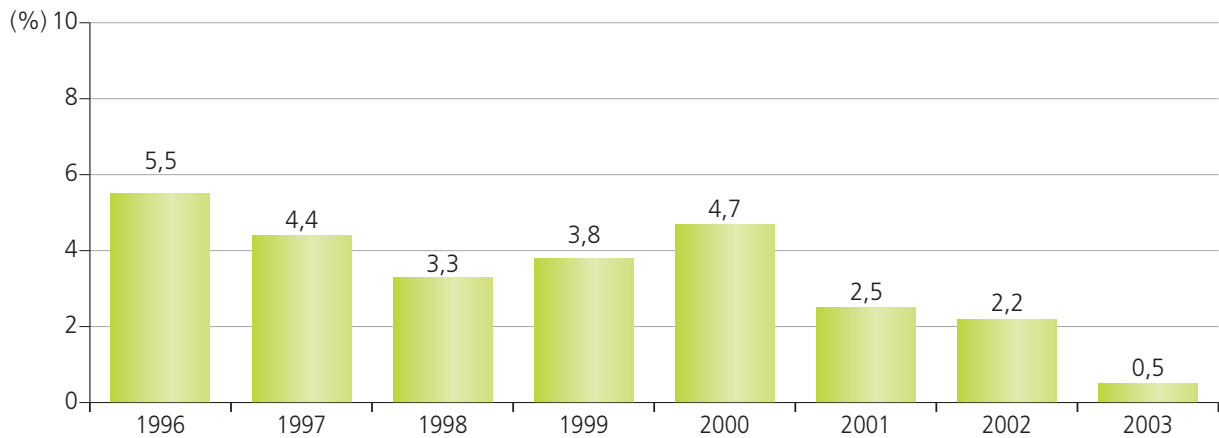
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO (Consumo en jóvenes)



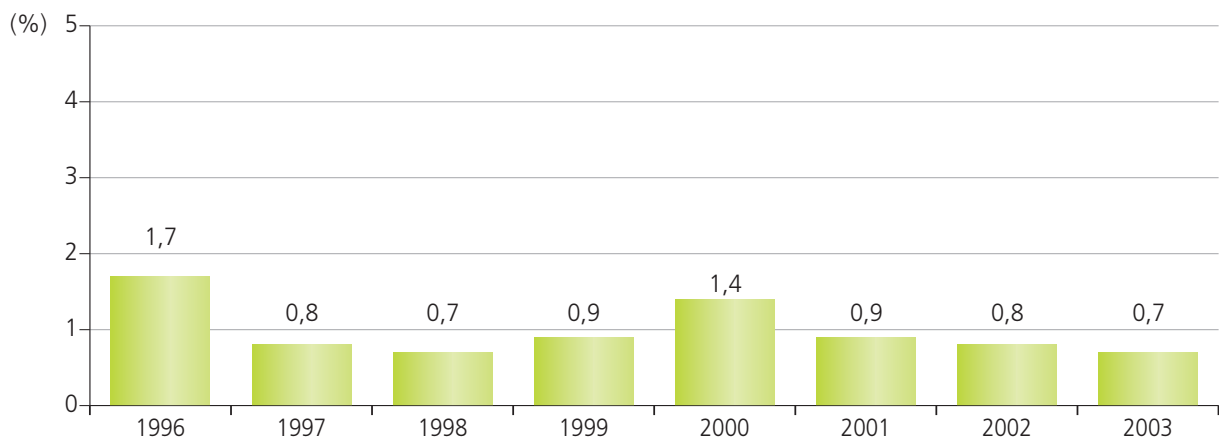
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### ALUCINÓGENOS (Consumo en jóvenes)



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

### SUSTANCIAS VOLÁTILES (Consumo en jóvenes)



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

## Conclusiones

- La integración es un derecho.
- Compete a los poderes públicos propiciarla.
- Si el drogodependiente es un enfermo, la principal responsabilidad (aunque no exclusiva), atañe al sistema sanitario.
- El número de personas sobre las que intervenir mediante programas de reinserción social es amplio y presumiblemente seguirá aumentando en los próximos años.
- Esta realidad es consecuencia del consumo de drogas y de la mejora de la supervivencia de los adictos.
- Persigue tener cubiertas las necesidades básicas que le permitan unas condiciones de vida dignas en el ámbito de la salud, vivienda, educación y recursos mínimos garantizados.
- Persigue tener un sistema de relaciones adecuado que le permitan desarrollar vínculos afectivos y por tanto sentirse parte de la comunidad.
- Persigue poder desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente, participando tanto en las funciones de producción como de los espacios culturales y de ocio de la comunidad.



# 2 El papel de los municipios en la inserción social y laboral en drogodependencias

Francisco J. Bueno Cañigral  
Responsable del Plan Municipal de Drogas  
Ayuntamiento de Valencia

## Inserción / Reinserción

---

Progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma sin dependencia de drogas.

### 1981: Centro urbano municipal de rehabilitación de toxicómanos (CUMRT)

- Ubicación: Barrio de Nazaret.
- Toxicómanos de APROVAT: Acogida y Desintoxicación.
- Asociación: 1 médico, 2 psicólogos, 1 trabajador social, 2 educadores.
- Asistencia individual / grupal con el apoyo familiar y el uso de los recursos municipales centrales o del barrio de residencia.
- Reinserción social: Normalización de actividades personales, familiares, educativas, laborales, relaciones, ocio, etc.
- Recuperación de hábitos personales de higiene, alimentación, descanso, etc.
- Actualización de documentación personal: DNI, cartilla sanitaria, etc.
- Mejora de las relaciones familiares, de pareja, etc.
- Escuela permanente de adultos: Ampliar nivel educativo y cultural.
- Ayudas económicas para facilitar el proceso de independencia: Tramitación a través de los Servicios Sociales Generales del Ayuntamiento.
- Reinserción laboral: Formación y orientación.
- Servicio de Empleo (Ayuntamiento).
- Servicio Valenciano de Empleo (Generalitat).
- Empresas. Cooperativas.
- Relaciones con personas ajenas a las drogas.
- Alternativas de Ocio / Tiempo Libre: Deporte, cine, excursiones, etc.
  - Centros Municipales de Información Juvenil.
  - Asociaciones juveniles.
  - Centros excursionistas.

- Voluntariado social.
- Demanda de asistencia:
  - Heroína IV: 100%

### 1983: Dispensario municipal de toxicomanias

- Ubicación: Centro Sanitario Municipal. Plaza de América, 6, bajo.
- Público: Dirigido a la población en general, sin ninguna limitación.
- Consumo mayoritario: Heroína intravenosa.
- Centro de tratamiento ambulatorio para toxicómanos.
- Equipo: 2 médicos, 4 psicólogos, 1 trabajador social y 3 educadores.
- Tratamiento: Médico, psicológico y social.
- Fases: Acogida, desintoxicación, deshabituación, reinserción social.
- Proyecto terapéutico individualizado.
- Reinserción social: Capacidad de mantener lazos con el otro, establecer relaciones y de integrar elementos de la realidad.
  - Componentes: Relaciones culturales, económicas y laborales.
  - Terapia individual como eje conductor del proceso de socialización del individuo.
  - Perfil del toxicómano:
    - Adicto a la heroína intravenosa.
    - Paralización en la adolescencia de su proceso evolutivo, de socialización y de formación.
    - Bajo nivel académico.
    - Paralización del proceso de maduración personal.
    - Deterioro y bloqueo de la adaptación e integración social.
    - Baja o nula capacitación profesional.
    - Relaciones y tiempo libre: La referencia es el grupo de consumidores, que además tiene reconocimiento social.
  - Terapia:
    - Maduración personal y asunción de responsabilidades sociales.
    - Higiene y normalización horaria.
    - Educación en valores.
    - Generación de habilidades sociales.
    - Uso de los recursos.
    - Relaciones individuales y grupales.
    - Formación.
    - Búsqueda de empleo.
- Trabajo coordinado entre el Dispensario y el CUMRT.

### 1992: Programa municipal de drogodependencias

- Dependiente de la Concejalía de Sanidad y Consumo.
- Paciente: Integración progresiva en el Sistema Sanitario.
- Nuevas instalaciones en el centro de la ciudad.
- Convenios de Colaboración con Instituciones Públicas, Fundaciones y Asociaciones.
- Demanda de asistencia:
  - Opiáceos: 77'7%
  - Alcohol: 14'6%
  - Cannabis: 2'9%
  - Cocaína: 2'6%
  - Otros: 2'2%

### Áreas

- Prevención
- Asistencia
- Rehabilitación
- Reinserción Social

### Prevención

- Las actividades preventivas tanto comunitarias, escolares, familiares, y para grupos de riesgo desarrolladas por el Programa Municipal de Drogodependencias, tenían como finalidad difundir y potenciar la consecución de hábitos de vida saludables dentro de la promoción de la salud individual y comunitaria, defendiendo la génesis de culturas de ocio no consumistas en nuestra sociedad y apoyando permanentemente el "NO, VALENCIA CONTRA LA DROGA".

### Asistencia

- EL Programa Municipal de Drogodependencias se planteaba como objetivo ofrecer toda la atención que exigía cada caso, los medios, y el apoyo que cada paciente necesitara.

### Tratamiento psicológico

- Partiendo del supuesto que en el toxicómano existen factores de tipo individual que determinan su toxicomanía, la asistencia psicológica ofrecía al paciente la oportunidad de profundizar en aquellos aspectos de su personalidad que lo predisponían a la dependencia, abriendo así la posibilidad de un cambio personal que apuntase a la independencia del sujeto.

### Centro de rehabilitación

- Ofrecía un programa de media estancia donde se podían encontrar actividades grupales formativas, deportivas y terapéuticas, con el objetivo de enriquecer el tratamiento individual.

## Psicodrama

- El psicodrama como terapia grupal es un análisis individual en grupo.  
Su objetivo es confrontar y elaborar a través de la representación aquellos recuerdos de la vida real que aparecen como recuerdos conflictivos para el sujeto, y que dificultan su proceso de individualización.

## 1997: Unidad de conductas adictivas

- Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos
- Orden de 7 de julio de 1997, de la Consellería de Sanidad, por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas, en determinadas Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana
- PMD: UCA con mayor asignación de población de toda la Comunidad Valenciana
- Demanda de asistencia:
  - Opiáceos: 55'3%
  - Alcohol: 22'1%
  - Cocaína: 10'3%
  - Otros: 9'6%
  - Cannabis: 2'7%

## 2003: Transferencia de la asistencia sanitaria

- Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- Disposición Transitoria Cuarta:  
El Gobierno Valenciano establecerá con las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y/o centros de atención de las drogodependencias los Convenios necesarios para transferir la titularidad de los mismos...
  - Apertura en los últimos 3 años de 5 UCAs en Valencia-Ciudad
  - Progresiva derivación de historias clínicas desde el PMD a las UCAs
  - 15 Diciembre 2003: Finalización de la Asistencia Sanitaria en el PMD
    - 6.830 Historias Clínicas
- Demanda de asistencia:
  - Opiáceos: 58'3%
  - Cocaína: 36'8%
  - Alcohol: dejamos de ver pacientes consumidores de alcohol.
  - Cannabis: 5'4%
  - Otros: 0'5%

## 2004: Plan municipal de drogodependencias y otros trastornos adictivos (2004-2008)

- Cumplimiento del Decreto Legislativo 1/2003 del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos [2003/X3892]

### Áreas

- Prevención Comunitaria
- Prevención Escolar
- Prevención Familiar
- Alternativas de Ocio y Tiempo Libre

### Recursos socio-sanitarios en la ciudad de Valencia

#### Área asistencial sanitaria

- 5 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), ubicadas en Centros de Salud de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana:
  - Grao, Salvador Allende, Nápoles y Sicilia, San Marcelino, Flora.
- 3 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH):
  - Hospital Clínico, Hospital Psiquiátrico de Bétera, Hospital General (Desintoxicación Ultracorta)
- 2 Unidades de Desintoxicación Residencial (UDR) de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana:
  - Los Vientos. Balsa Blanca.
- 4 Unidades de Desintoxicación Residencial (UDR) Privadas con plazas concertadas:
  - Llaurant la Llum, Proyecto Hombre, Proyecto Vida, Patim.
- 1 Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS), de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

#### Área familiar

- 1 Centro de Atención Social a las Personas Sin Techo (CAST).
  - Concejalía de Progreso Humano. Ayuntamiento de Valencia.
- 3 Albergues Privados con plazas concertadas:
  - Casa de la Caridad, San Juan de Dios, Casa de los Amigos.
- 1 Residencia Materno-Infantil.
  - Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.
- 6 Residencias Materno-Infantil Privadas con plazas concertadas:
  - Casa Cuna Santa Isabel, Casal de la Pau, Ambit, Residencia Adoratrices, AVAPE, Piso Martes.
- 11 Centros Municipales de Servicios Sociales. Concejalía de Progreso Humano. Ayuntamiento de Valencia:
  - Benimaclet, Campanar, Ciutat Vella, Fuensanta, Malvarrosa, Nazaret, Olivereta, Quatre Carreres, Salvador Allende, San Marcelino, Trafalgar.

#### Área educativa

- Centros de Educación Permanente de Adultos.
- Consellería de Cultura, Educación y Deporte de la Generalitat Valenciana.
- Universidad Popular: Centros Educativos de enseñanza no reglada dependientes del Ayuntamiento de Valencia.
- Escuela Taller del Ayuntamiento de Valencia.
- Centros de Formación Profesional.
- Servicio Valenciano de Empleo (SERVEF). Consellería de Hacienda de la Generalitat Valenciana.

### Área laboral

- 3 Centros de Día Privados con plazas concertadas:
  - AVAPE, ADSIS-HEDRA, AVANT.
- Servicio Valenciano de Empleo (SERVEF). Consellería de Hacienda de la Generalitat Valenciana.
- Escuela Taller del Ayuntamiento de Valencia.
- Empresas de Trabajo Temporal.

### Área de ocio y tiempo libre

- 11 Centros Municipales de Juventud (CMJ). Concejalía de Juventud. Ayuntamiento de Valencia:
  - Mesón de Morella, Nazaret, Benicalap, Portal Nou, Benimaclet, Taleia, Malvarrosa, Trafalgar, Malilla, Trinitat, Algirós.
- Centro Excursionista de Valencia.
- Centre Valencià del Voluntariat.

### Área jurídica

- Centro de Inserción Social (CIS): Centro de tercer grado penitenciario de la prisión de Picassent.
- Servicios Sociales Penitenciarios.
- Unidad de Valoración y apoyo en Drogodependencias (UVAD).
- Intervención en Comisarías.

# 3 La integración sociolaboral de drogodependientes desde el Ayuntamiento de Madrid

M<sup>a</sup> Nieves Herrero Yuste  
Jefe del Departamento de Reinserción  
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

## Departamento de reinserción

---

### Objetivo general

- Desarrollar cuantas actuaciones sean necesarias para posibilitar a las personas afectadas por un problema de adicción y a los que con ellos conviven, los medios que les permitan desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, facilitando su participación activa en la sociedad como ciudadanos autónomos de pleno derecho.

### Objetivos específicos

- Mejorar la integración familiar y social de los drogodependientes atendidos en la red.
- Lograr la inserción laboral de las personas afectadas que lo precisen.
- Implicar a la iniciativa social en el proceso de reinserción de los drogodependientes.
- Mejorar la imagen social de los drogodependientes.

### Retos planteados: población

- Casos atendidos (2003): **8.958**
  - Programa de opiáceos: 60%
    - PMM: 4.272 47%
    - PLD: 1.159 13%
  - Programa de alcohol 17%
  - Programa de estimulantes 16%
  - Programa de cannabis 7%

EDAD (MEDIA: 36 AÑOS Y 8 MESES)

EDAD	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
15 - 19 años	0%	4%	3%
20 - 24 años	1%	10%	8%
25 - 29 años	5%	15%	11%
30 - 34 años	20%	20%	20%
35 - 39 años	34%	21%	25%
40 - 44 años	25%	15%	18%
45 ó más	15%	15%	15%

PAÍS DE ORIGEN

PAÍS	PMM	OTROS PROGRAMAS	TOTAL
ESPAÑA	98%	95%	96,5%
OTROS PAISES	2%	5%	3,5%

PAÍS DE ORIGEN

	Nº USUARIOS	%
EUROPA COMUNITARIA	38	18
OTROS PAISES EUROPEOS	26	13
NORTE DE ÁFRICA	27	13
ÁFRICA CENTRAL O SUR	8	4
AMÉRICA LATINA Y CARIBE	100	48
OTROS	10	4

NUCLEO DE CONVIVENCIA

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
Familia de origen	58%	56%	57%
Familia propia	24%	28%	27%
Otros familiares	1%	1%	1%
Amigos	1%	1%	1%
Solo	6%	7%	6%
Instituciones	3%	3%	3%
Otros	7%	4%	5%

### NIVEL DE ESTUDIOS

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
No lee ni escribe	3%	1%	2%
No terminó estudios primarios	5%	5%	5%
Estudios primarios	29%	17%	21%
Grad. Escolar/ESO/FP I	40%	39%	39%
BUP/COU/FP II	20%	29%	26%
E. universitarios/ FP III	3%	9%	7%

### INCIDENCIAS LEGALES

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
Ninguna	18%	68%	52%
Antecedentes sin prisión	62%	18%	32%
Antecedentes con prisión	20%	14%	16%

### SITUACIÓN LABORAL

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
Parados	46%	31%	36%
Ocupados	25%	45%	38%
Sin actividad definida	19%	6%	11%
Incapacidad laboral	7%	6%	6%
Estudiantes	0%	6%	4%
Otros	3%	6%	5%

### AÑOS DE CONSUMO DROGA PRINCIPAL

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
1 año o menos	0%	2%	2%
2 - 5 años	3%	13%	10%
6 - 9 años	5%	14%	11%
10 - 14 años	22%	20%	21%
15 - 20 años	37%	21%	26%
21 - 25 años	26%	14%	19%
26 o más	7%	16%	11%

### INFECCIÓN POR VIH/SIDA

	PMM	RESTO PROGRAMAS	TOTAL
Negativos	60%	87%	73,5%
Anticuerpos	32%	11%	21,5%
Desarrollo enfermedad	8%	8%	5%

### PERFIL COMPARATIVO SEGÚN GÉNERO

	HOMBRES	MUJERES
Edad media	37 años	35 años
Estado civil	62% solteros	56% solteras
Hijos	35% con hijos	50% con hijos
Convivencia	22% fam. Propia 51% fam. de origen	32% fam. Propia 41% fam. de origen
Estudios	19% primarios 28% secundarios 7% universitarios	19% primarios 27% secundarios 9% universitarios
Actividad	41% ocupados	28% ocupados
Nivel S.E.	48% medio 46% bajo	44% medio 50% bajo

#### Líneas de intervención

- Con el propio individuo.
- Con el entorno familiar y social próximo.
- Con la sociedad en su conjunto.

#### Programas de apoyo a la reinserción

- Programas Generales
  - Programa de orientación sociolaboral
  - Programa de familias
  - Programa convivencial
  - Programa de educación para la salud
- Programas dirigidos a Colectivos Especiales
  - Programa de intervención en drogodependencias en los juzgados de guardia de Madrid.
  - Programa de mediación infractor – víctima.
  - Programa de mediación con población gitana.
  - Programa dirigido a población inmigrante
- Programas dirigidos a la Comunidad
  - Programa de mediación comunitaria.
  - Apoyo al movimiento asociativo. (Proyectos de reinserción)

GENERALES	COLECTIVOS ESPECIALES	COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de orientación sociolaboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P. intervención en drogodependencias en los juzgados de guardia de Madrid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de mediación comunitaria.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de familias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de mediación infractor – víctima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de apoyo al movimiento asociativo. (Proyectos de reinserción).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa convivencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de mediación con población gitana.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de educación para la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa dirigido a población inmigrante.</li> </ul>	

### Intervención individual criterios de actuación

- Proceso que se desarrolla en el tiempo.
- Individualización.
- Coordinación con los diferentes agentes sociales.
- Abordaje integral e interdisciplinar.
- Metodología activa de búsqueda.
- Normalización.
- Implicación de la sociedad

### Intervención individual. Recursos

- Equipos técnicos de los CADs:
  - Área Ocupacional
  - Trabajo Social
  - Área Psicológica
  - Área Sanitaria
- Servicio de orientación sociolaboral





# 4 Servicio de mediación e intervención sobre drogodependencias para la comunidad gitana (Avillela Acobá)

Patricia Bezunartea Barrio  
Responsable del Departamento de Acción Social  
Fundación Secretariado Gitano

## Introducción

---

- El “fenómeno de la droga” afecta en general a toda la sociedad pero afecta de forma particular a la comunidad gitana.
- El fenómeno de la droga está suponiendo un freno en el proceso de promoción social de la comunidad y está creando un desprestigio social al extrapolar a toda la comunidad las actividades de venta de droga que realiza una minoría.
- La relevancia que ha tomado el aspecto de la venta ha ocultado la alarmante realidad de la incidencia del consumo de drogas y de las enfermedades asociadas en una población muy joven.

## La puesta en marcha del servicio

---

- El servicio se puso en marcha en enero de 1998 con el apoyo del Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid.
- Desde su inicio el servicio puso en marcha acciones dirigidas a incidir en la corrección de los déficits de accesibilidad al los recursos públicos, en el incremento de retención en los mismos y en la adecuación de los dispositivos.
- El servicio está integrado dentro de un plan de promoción integral de la comunidad gitana.

## Objetivo general

---

Dar respuesta a las necesidades preventivas, asistenciales y de inserción sociolaboral que padece la población gitana en relación con las drogodependencias.

## Objetivos específicos

---

### Prevención

Dotar a los menores y jóvenes gitanos de recursos y capacidades personales que les capaciten para convivir con la presencia de las drogas y para afrontar situaciones de oferta.

## Actuaciones prevención

---

- Detección y captación de menores en situación de riesgo.
- Seguimiento individualizado de los menores y de sus familias.
- Desarrollo de sesiones de prevención (específicas e inespecíficas).

## Objetivos específicos

---

### Atención

- Proporcionar un servicio, adaptado a la comunidad gitana, de información y orientación sobre drogodependencias y VIH/SIDA.
- Promover y facilitar el acceso de los drogodependientes gitanos a los recursos normalizados.
- Apoyar los procesos de tratamiento y de inserción de los drogodependientes gitanos en colaboración con los centros públicos de atención.

## Actuaciones de atención

---

- Detección y captación de casos a través del trabajo de calle y del contacto con las familias.
- Información y orientación sobre drogodependencias y VIH/SIDA y sobre recursos existentes.
- Acompañamiento y apoyo en los trámites de acogida de los recursos asistenciales.
- Seguimiento global de los usuarios que siguen tratamiento en los centros de atención a drogodependientes.
- Intervenciones puntuales con los usuarios y sus familias ante situaciones de crisis.

## Objetivos específicos

---

### Inserción

Fomentar y promover procesos de inserción sociolaboral para los drogodependientes en tratamiento y para los exdrogodependientes.

## Actuaciones de inserción

---

- Sensibilización de los usuarios para que entren en procesos de formación, orientación laboral y búsqueda de empleo.
- Incorporación de usuarios en el programa acceder (FSG) cuyo objetivo es impulsar el acceso de la población gitana al empleo normalizado.
- Inclusión de los usuarios en la oferta de formación y de empleo público y en la de la propia entidad.

## La comunidad gitana y el empleo

---

- Las actividades económicas de las que la población gitana ha vivido tradicionalmente han sido reguladas de forma estricta.
- La comunidad gitana sufre índices de desempleo superiores al resto de la población.
- La población gitana queda relegada al subempleo o a actividades económicas de carácter informal y a largos períodos de desempleo.
- Los contratos, cuando se producen, suelen ser temporales y con bajos ingresos.

## Dificultades para el acceso al empleo

---

- Niveles de formación básica muy bajos.
- Discriminación en los procesos de selección de personal (estereotipos).
- Baja experiencia laboral demostrable.
- Carencia de habilidades personales (comunicación).
- Falta de redes sociales.
- Escaso apoyo familiar.
- Baja centralidad en el empleo. El lugar que el empleo ocupa en sus proyectos de vida no es un punto fuerte.

## Dificultades para el acceso y la permanencia en la formación

---

- Carencia de medios de difusión de los programas y oportunidades adecuados y dirigidos a este sector de la población.
- Oferta de acciones formativas y cursos no adaptados al nivel de instrucción inicial de estas personas.
- Inadaptación de la oferta en cuanto a horarios y duración de los mismos.
- Carencia de información y formación adecuada de los técnicos formadores en el conocimiento de la comunidad gitana.
- Deficit de recursos de formación que combinen de manera intensiva la formación teórico- práctica y la inserción laboral inmediatamente posterior.

## El programa acceder

---

### Acogida e información

- Información sobre el funcionamiento del recurso y sobre el mundo laboral.

### Orientación laboral y seguimiento en la búsqueda de empleo

- Elaboración de un diagnóstico inicial.
- Definición de un itinerario personalizado.
- Realización de tutorías encaminadas a la orientación laboral.

### Puesta en marcha de actividades de preformación y formación profesional

### Derivación y seguimiento de usuarios en acciones formativas normalizadas

### Acompañamiento al mercado de trabajo

- Seguimiento y apoyo a quienes empiezan a trabajar para asegurar su permanencia en el empleo.

### Acciones de intermediación en el mercado de trabajo. Apoyo a la contratación

- Información y asistencia técnica a las empresas.

## Otras actuaciones

---

- Asesoramiento técnico a recursos especializados en drogodependencias y VIH/SIDA sobre metodologías de intervención adaptadas a la población gitana.

## Metodología

---

### Presupuestos metodológicos

- Integralidad.
- Normalización.
- Diferencia.
- Interculturalidad.

### Metodología de las acciones

- Cercanía al usuario.
- Conocimiento de las claves culturales.
- Coordinación.
- Disponibilidad.
- Participación.

## Resultados

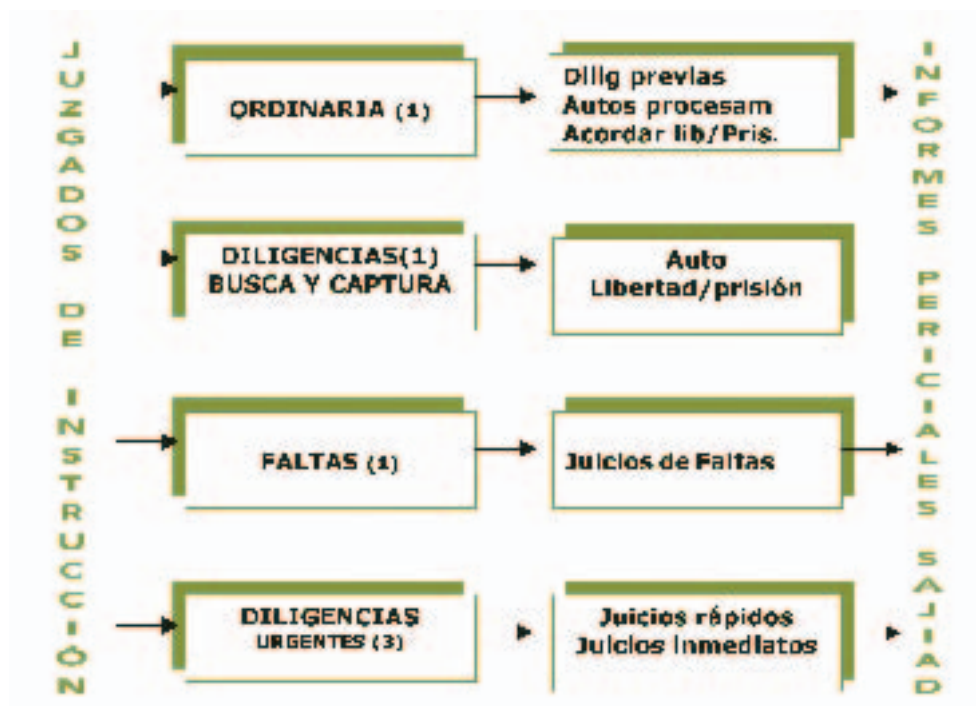
---

- Ha aumentado el acceso y la permanencia de los drogodependientes gitanos en los tratamientos.
- Se ha reducido el número de usuarios gitanos que abandonan los centros.
- Ha aumentado la puntualidad y la asistencia a las citas de seguimiento con los profesionales de los recursos de atención.
- Ha aumentado el número de usuarios que acceden a recursos de formación y a empleos normalizados.

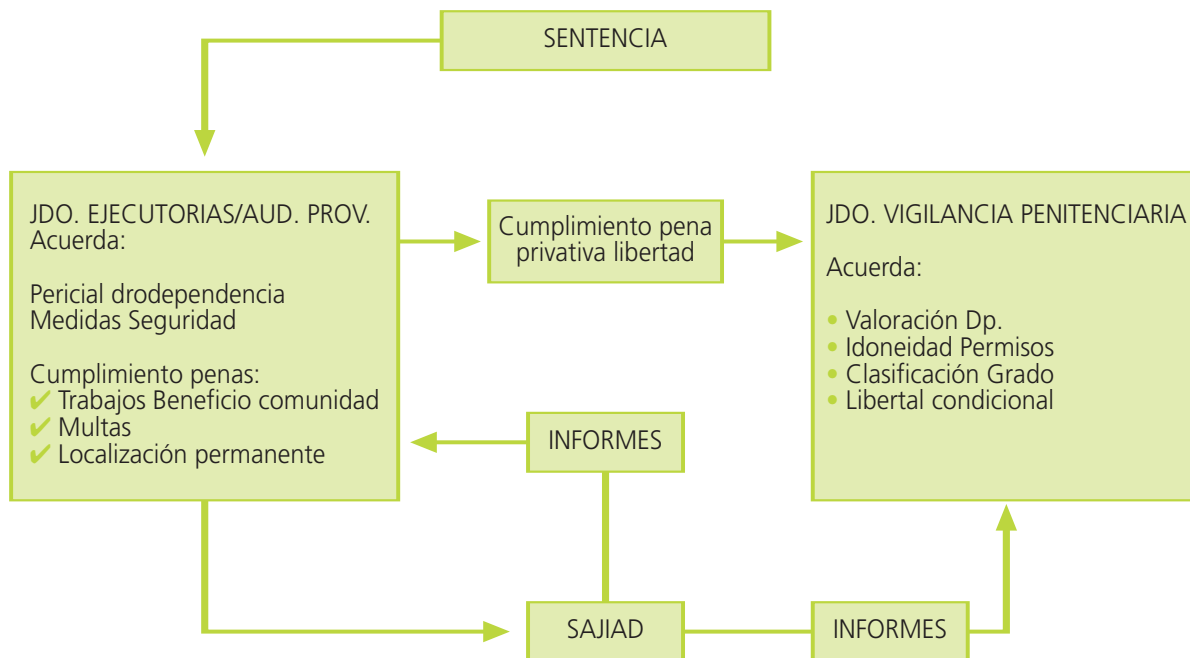
# 5 La integración social de drogodependientes con problemas judiciales

Berta Gordon Nuevo  
Jefe del Servicio de Asesoramiento a Jueces  
e Información al Detenido Drogodependiente. SAJIAD

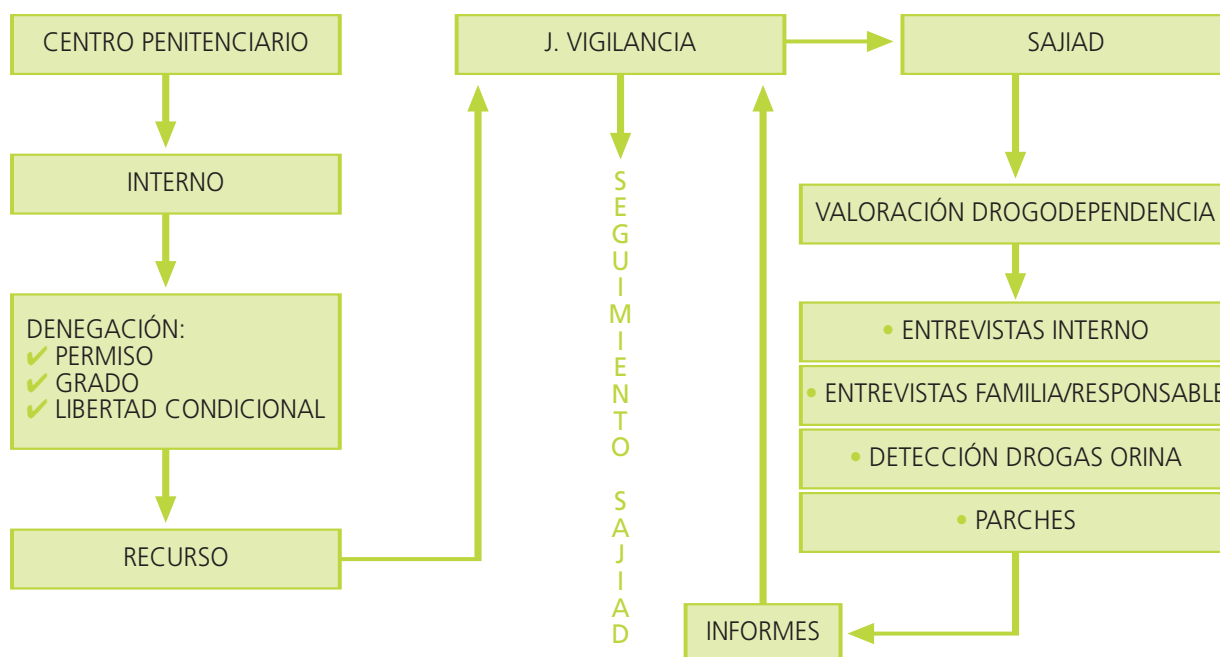
Intervención de SAJIAD con los juzgados de instrucción en funciones de guardia



## Intervención de SAJIAD en la ejecución de sentencia



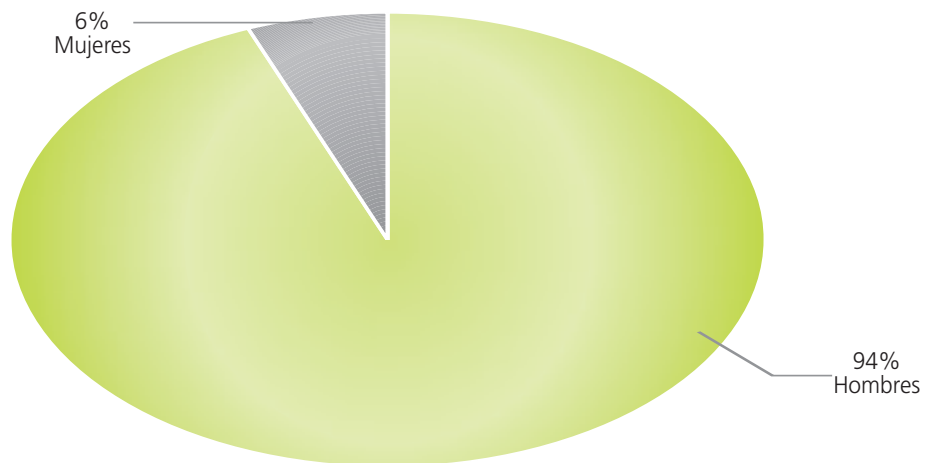
## Diseño de intervención con juzgados de vigilancia penitenciaria



## Trabajos en beneficio de la comunidad/ medidas de seguridad

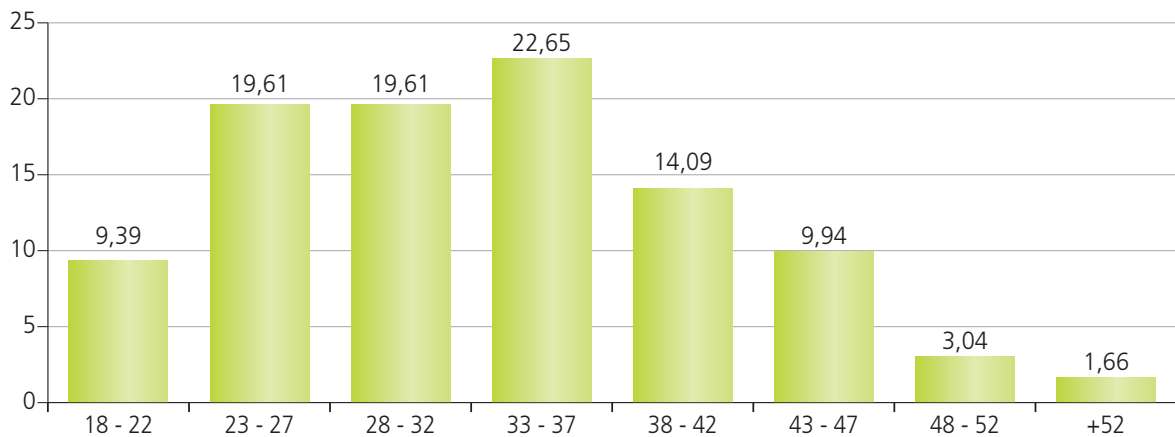


## Sexo

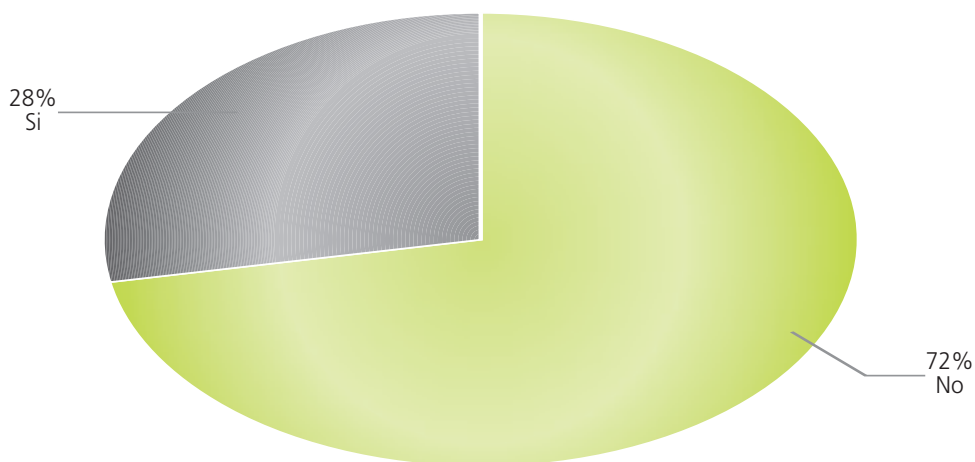


## Edad en porcentajes

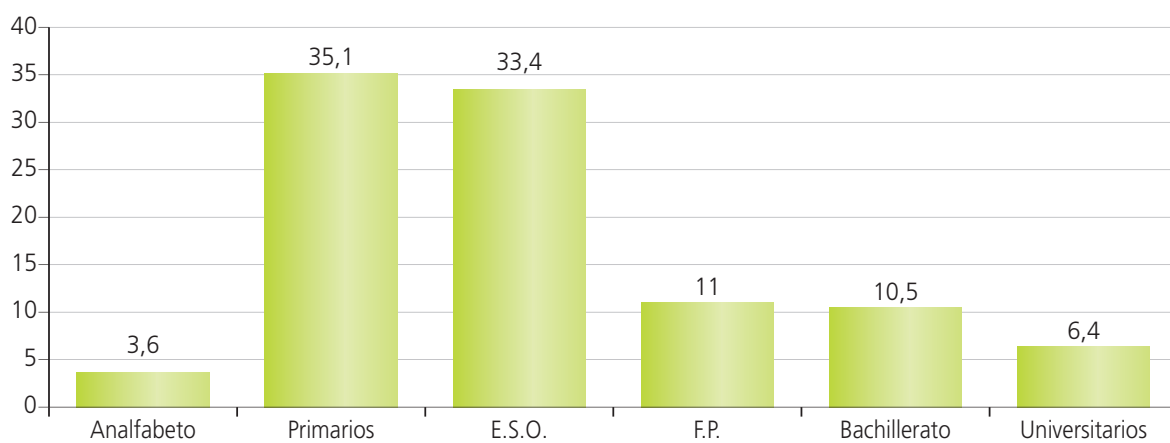
Media de edad 33.10



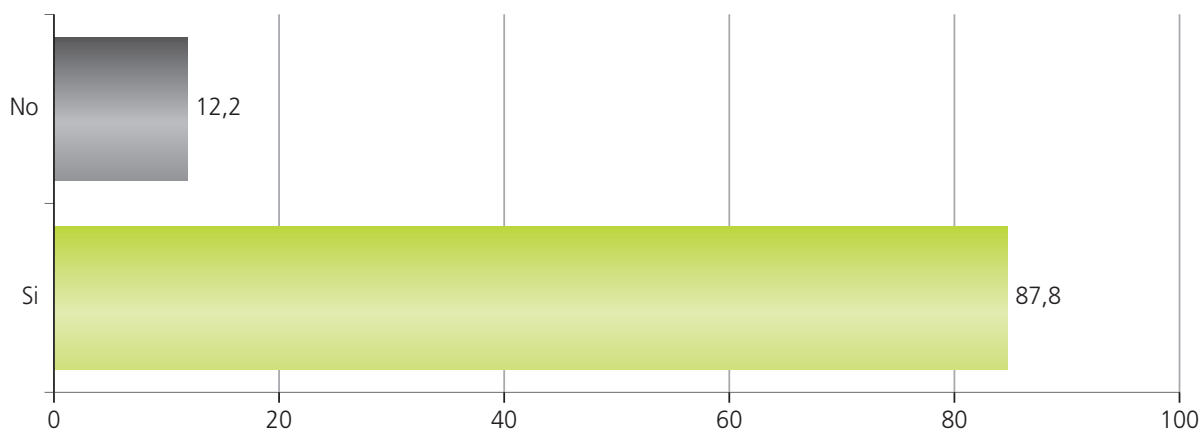
## Antecedentes familiares de consumo



## Estudios realizados



## Actividad laboral antes detención

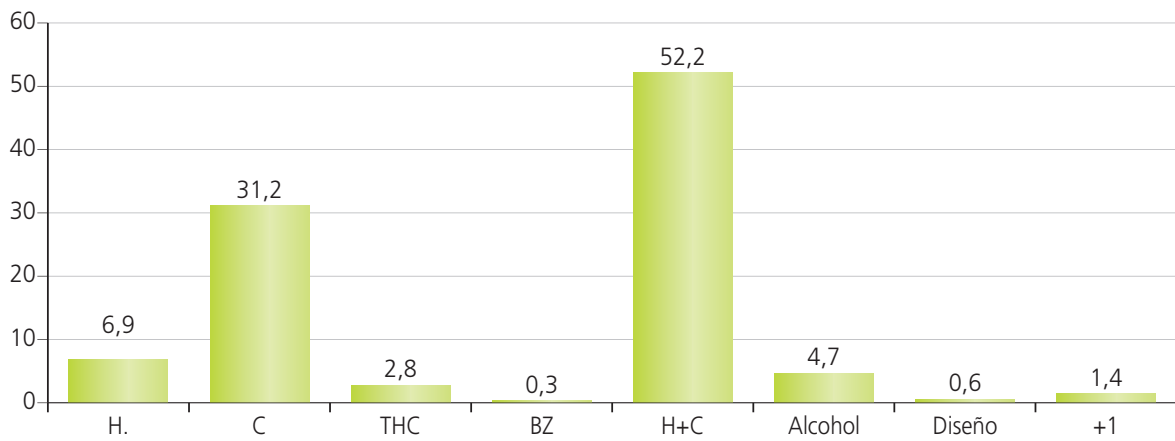


## Trabajo actual

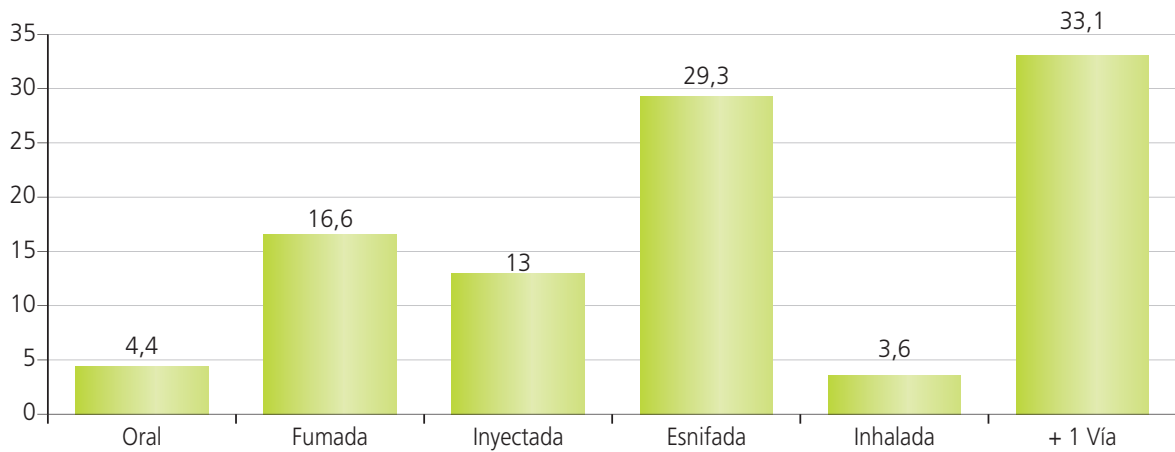
- Tan solo tenían trabajo el 21,8% de la muestra.
- El 28,5% estaban en paro.
- En tratamiento el 0,8%.
- El 48,9% se encontraban en prisión.

## Consumo de sustancias

La media de edad de inicio es 18.8



## Vía de consumo



## Edad y consumo de sustancias

Edad	Heroína	Cocaína	THC	Benzo	H+C	Alcohol	Diseño
18 - 22	2.9	47.1	14.7		23.5	5.9	2.9
23 - 27		63.4	2.8		33.8		
28 - 32	8.5	29.6	2.8		54.9	1.4	1.4
33 - 37	8.5	20.7			64.6	3.7	
38 - 42	7.8	9.8	2	2	72.5	5.9	
43 - 47	11.1	11.1			66.7	11.1	
48 - 52	27.3	18.2			18.2	27.3	
+ 52		50			33.3	16.7	

# 6 Programa de atención a drogodependientes sin hogar

Ana Cáceres Santos  
Médico CAD de Latina  
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

- Presentación del programa
- Perfil de los pacientes atendidos
- Intervención. Objetivos por áreas
- Necesidades detectadas

## Drogodependientes Sin Hogar

- Deterioro sanitario y psicosocial
- Desconexión de la red de atención sociosanitaria
- Desarraigo sociofamiliar

## Programa de Atención a Drogodependientes Sin Hogar

- Programa de Reducción de Daños
- Objetivo Principal:
  - Facilitar el acceso a la red de atención sociosanitaria
  - Conocimiento del recurso entre el colectivo de drogodependientes sin techo

## Demandas de Tratamiento



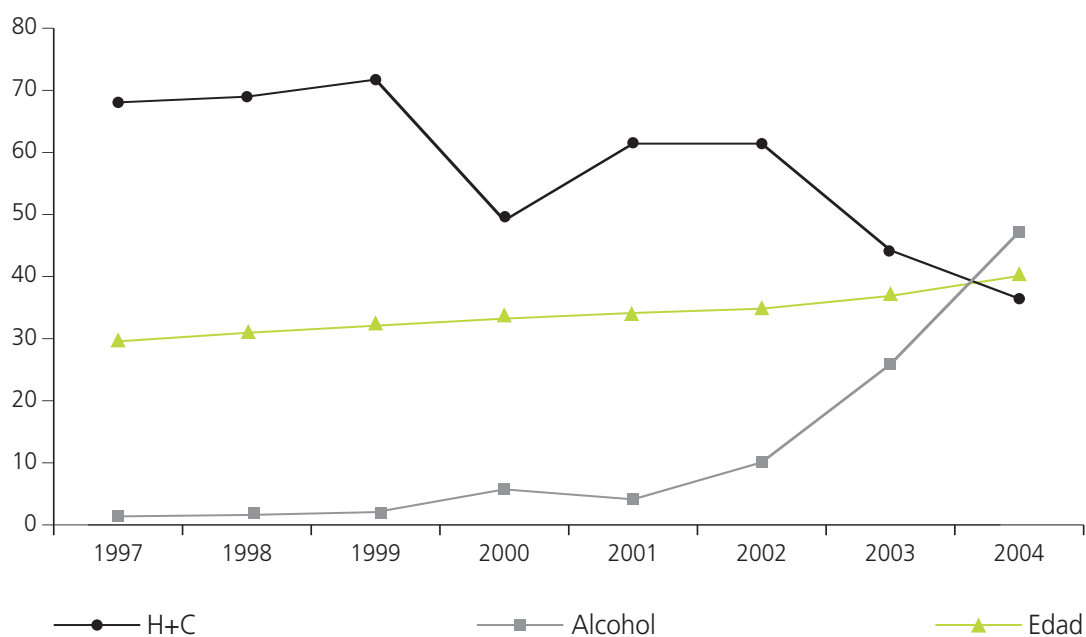
## Perfil Sociodemográfico

- Varón 86,82%
- Comunidad de Madrid 72,52%
- Edad 34 años
- Soltero 68,15%
- Graduado Escolar o inferior 68,93%
- Trabajo baja cualificación 84,49%
- Antecedentes penales 62,02%
- Situación de calle 1-3 años 60,79%
- No contacto con la familia 54,16%

## Perfil de Consumo

- Politoxicómanos
- Heroína + Cocaína 57,61%
- Alcohol 12,54%
- Benzodiacepinas 29,75%
- Tiempo de consumo 13,90 años
- Sin tratamientos previos 27,97%
- fracasos previos en tto 36,11%

## Relación Sustancia-Edad



## Intervención

---

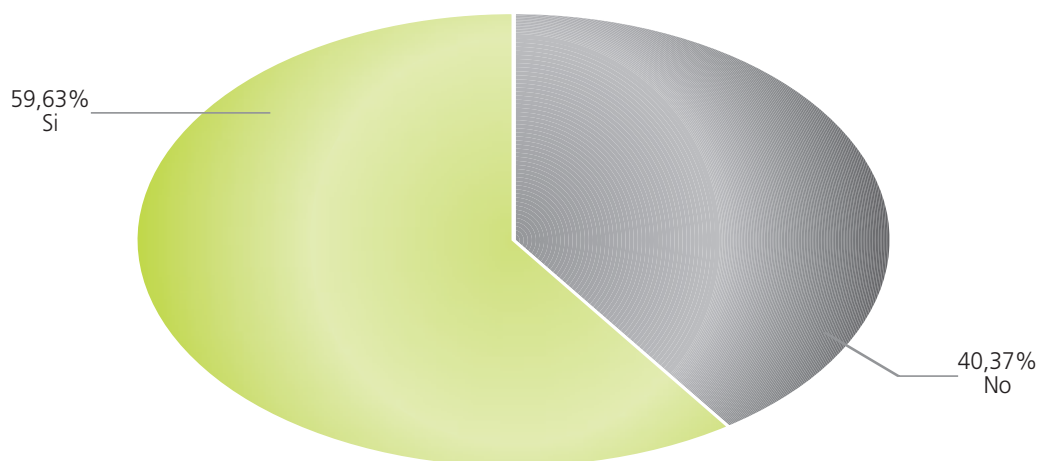
- Intervención Grupal inicial
  - Grupo heterogéneo y abierto
  - 2 sesiones semanales
  - Favorecer la incorporación y adherencia al tratamiento
- Intervención Individual

## Objetivos del Área Sanitaria

---

- Fomentar interés por su estado de salud
- Motivación para la realización de pruebas médicas
- Motivación para el inicio o mantenimiento de seguimientos médicos
- Evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas
- Adquisición de hábitos saludables

## Realización de pruebas médicas



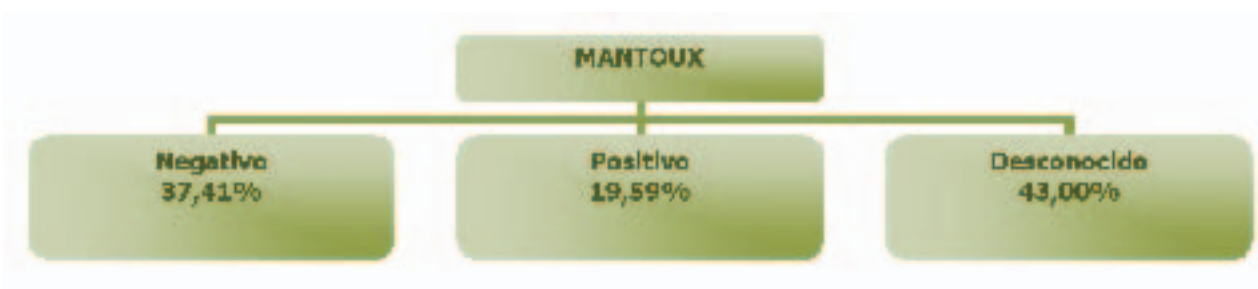
Infección por VIH



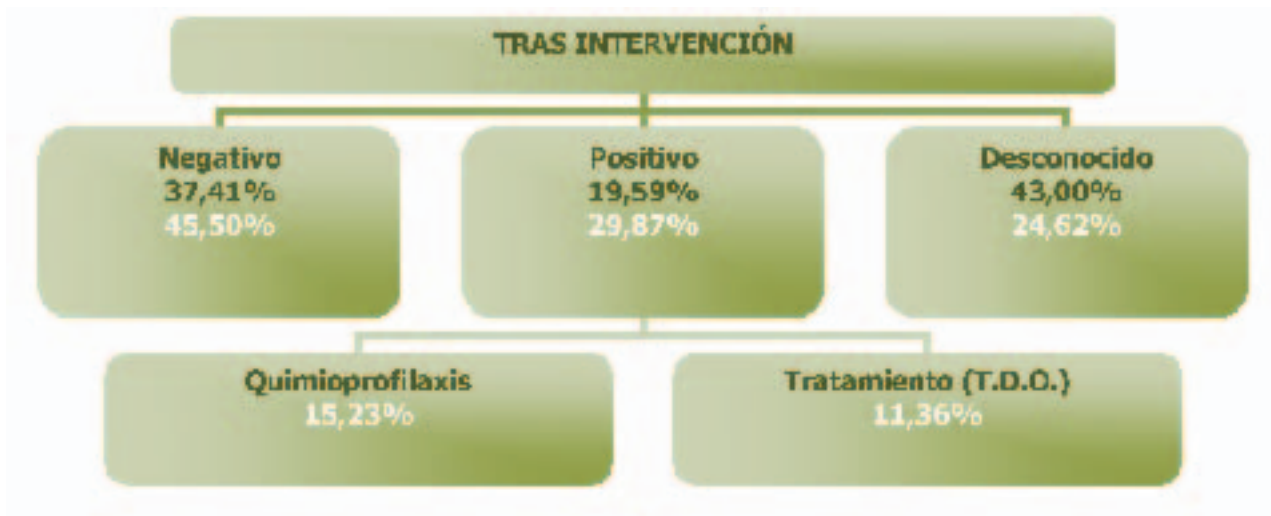
Infección por VIH



Infección Tuberculosa



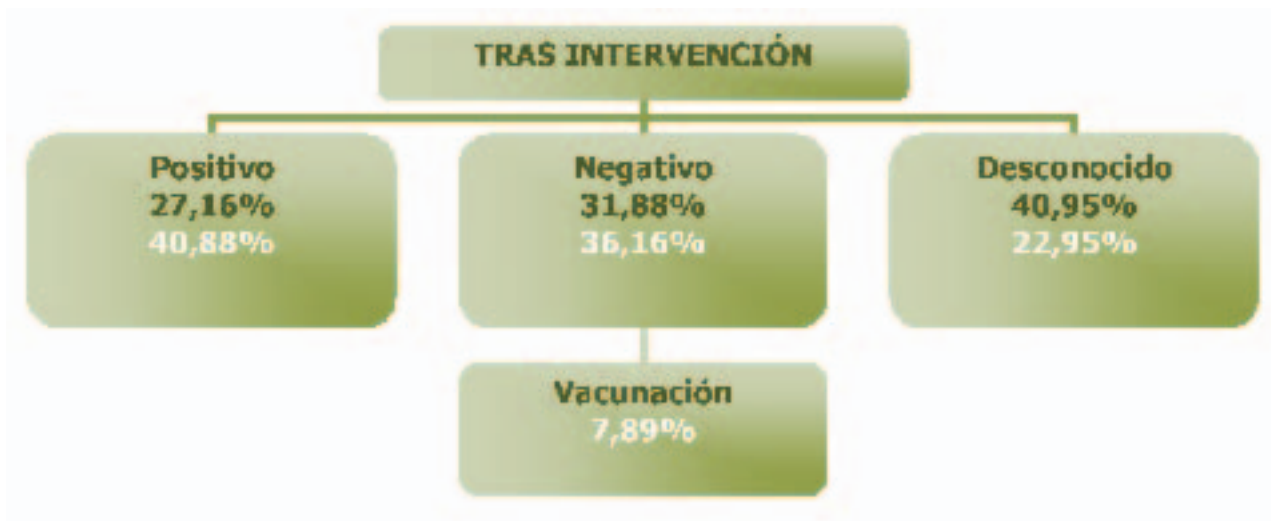
## Infección Tuberculosa



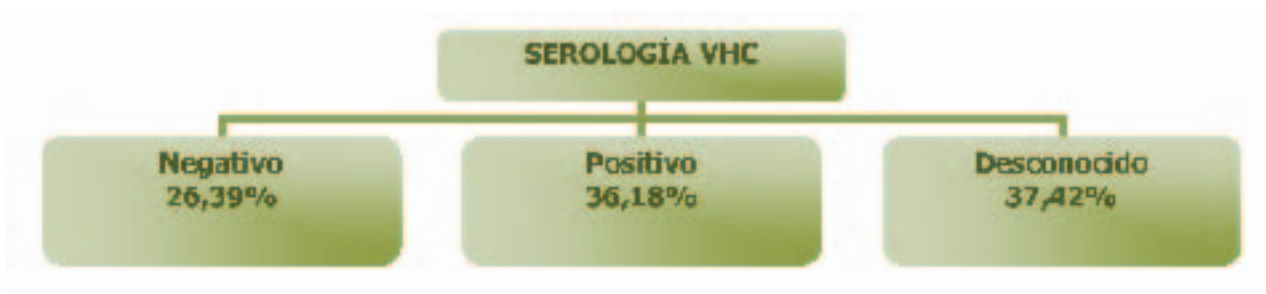
## Hepatitis B



## Hepatitis B



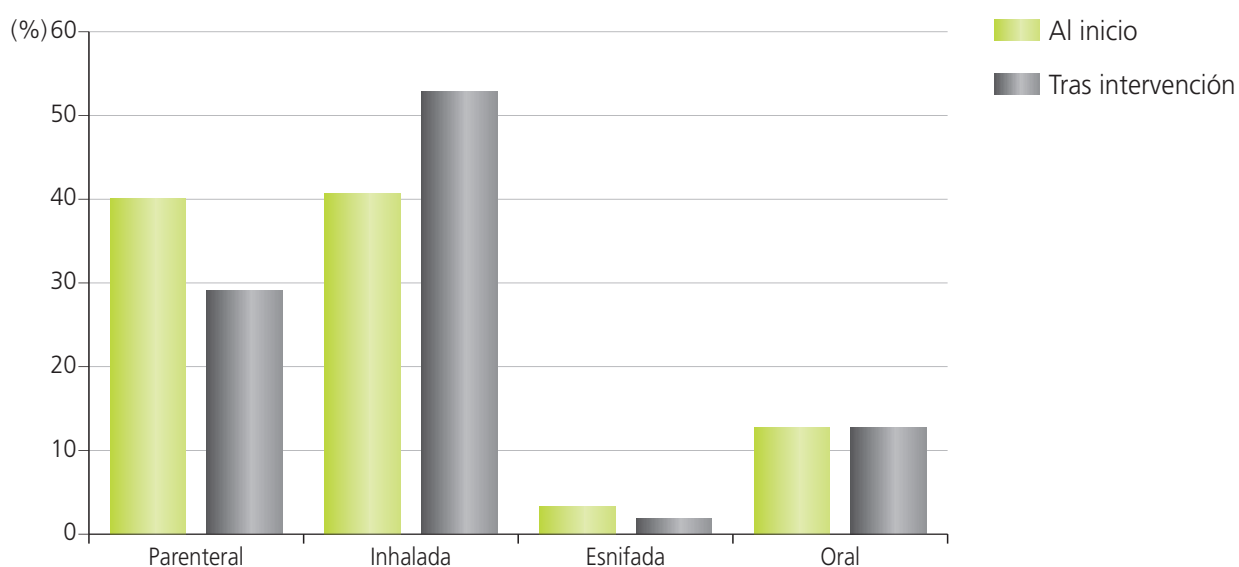
## Hepatitis C



## Hepatitis C



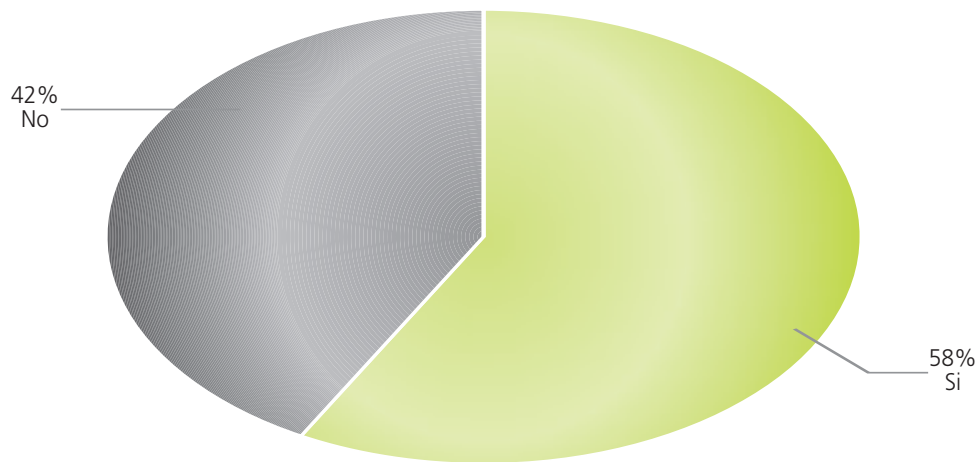
## Cambio de Vía de Consumo



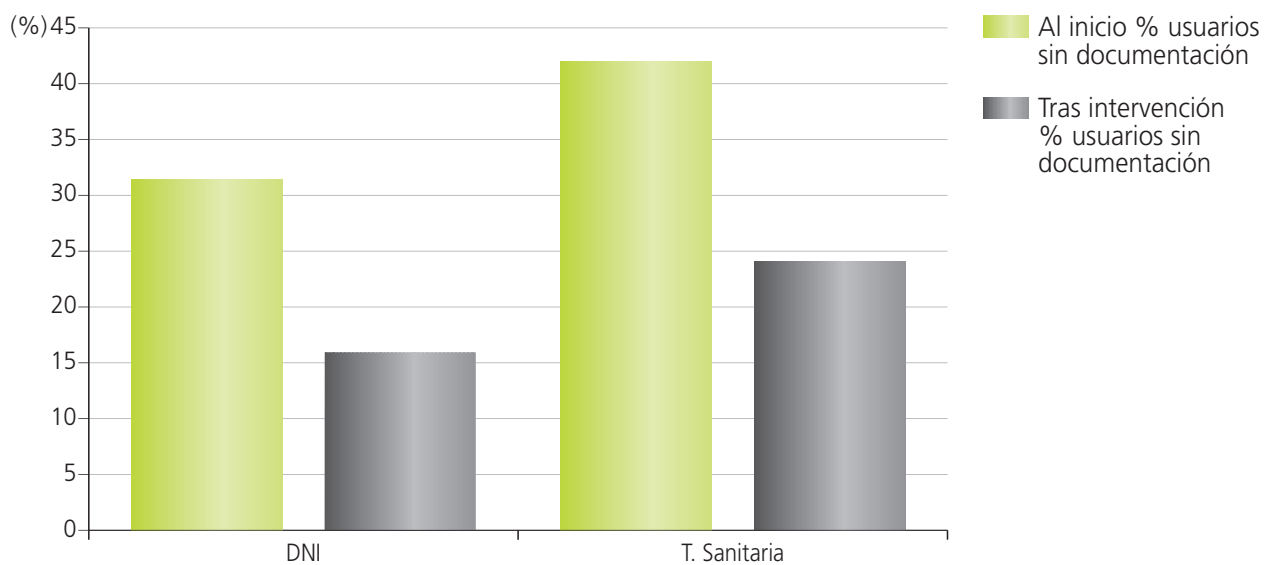
## Objetivos del Área Social

- Favorecer el contacto con los recursos de la red de emergencia social
- Conseguir documentación básica
- Disminución de actividades delictivas y trasgresión de normas
- Conocimiento de su situación legal y conexión con los recursos de la red
- Mejorar la integración sociofamiliar

## Alojamiento



## Documentación Básica



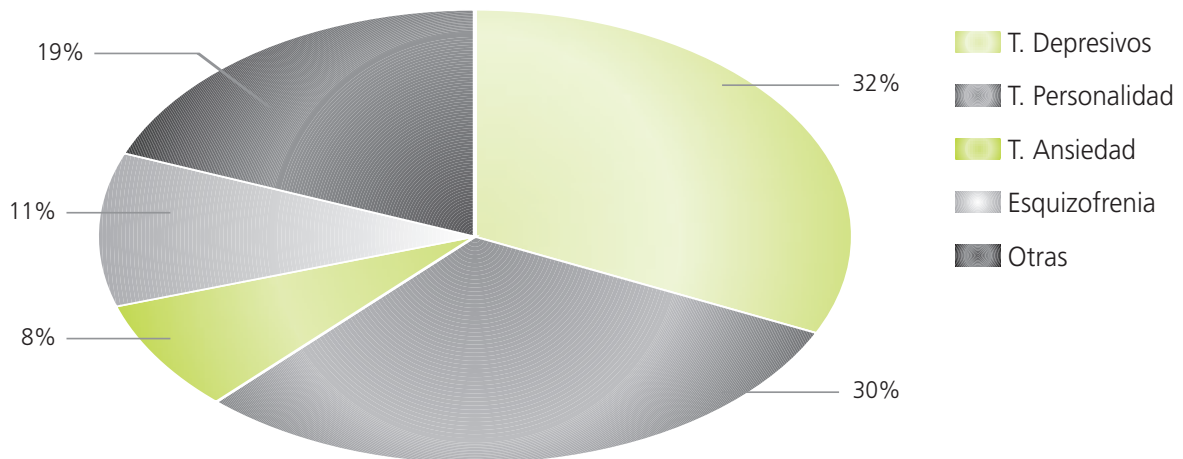
## Otras Intervenciones Sociales

- Situación legal 34,57%
- Contacto con familia 33,09%
- Vuelve con la familia 6,13%

## Objetivos del Área Psicológica

- Detección y valoración de psicopatología asociada. Derivación a servicios de salud mental
- Control y tratamiento de psicopatología
- Favorecer el contacto con la red de salud mental
- Desarrollo de habilidades personales
- Reforzar adquisición de nuevos hábitos y actitudes
- Disminución de ansiedad
- Intervención sobre sentimientos de soledad, abandono y desarraigo
- Disminución de sentimientos de fracaso y culpa
- Refuerzo de autoestima
- Motivación hacia el tratamiento

## Patología Dual



## Objetivos del Área Ocupacional

- Adquisición e interiorización de normas básicas de conducta en distintos aspectos de la vida cotidiana
- Fomentar conductas y comportamientos productivos
- Realizar actividades que favorezcan la interacción y reconocimiento social

## Resultados

---

- Finalización del programa
  - Objetivos Cumplidos 9,69%
  - Objetivos Parcialmente Cumplidos 19,82%
- Retención 4 meses
- Reingresos 22,50%
- Intervención más frecuente e intensiva
- Dificultad para la integración sociolaboral

## Necesidades Detectadas

---

- Alternativas de alojamiento
- Dotación económica
- Creación de dispositivos de captación
- Coordinación con otros recursos
- Guía actualizada de recursos
- Voluntariado
- Centros de Día
- Talleres de empleo protegido
- Alternativas para población más deteriorada



# 7 El asociacionismo en drogodependencias como herramienta para la integración social

Ricardo Calzadilla  
Médico - Cruz Roja Española

## Introducción

---

- Las características del tejido social permiten comprender los fenómenos de integración – exclusión. Si aceptamos que la malla sostén es cada vez mas laxa y permite la salida y caída fuera del sistema a más integrantes, entendemos porque un fenómeno de siempre (la exclusión) es ahora un fenómeno mayor por su magnitud y velocidad.
- El diseño actual potencia la elaboración y desarrollo de Programas sociales que ayuden a los colectivos más desfavorecidos, y facilite la implantación de proyectos novedosos que apoyen y propongan soluciones a las demandas sociales, tanto individuales como comunitarias, lo que incluye, por supuesto, las adicciones, con la participación implícita de los afectados.

## Cruz Roja Española (CRE)

---

- La intervención comunitaria en toxicomanías desde CRE propone trabajar los problemas relacionados con las drogas, con una asociación triangular entre las 3 fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y psico - social, los propios usuarios y la población perteneciente al tejido social en que se inscriben los problemas desplazando el centro de la intervención hacia el mismo tejido social.
- La CRE de Madrid inaugura en 1979 el primer “Centro del Servicio Asistencial de Drogas” en colaboración con la Dirección General de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Excmo. Ayuntamiento de Madrid, en respuesta a las necesidades de la población afectada, actualizando sus intervenciones conforme a las diferentes opciones de tratamiento e incorporando iniciativas socio-laborales que procuren la normalización de vida de este colectivo y su integración comunitaria.
- La situación médica grave y el avance demostrado en programas similares facilita que en enero de 1990 se promulgue un Real Decreto que regula los tratamientos con sustitutivos opiáceos y en concierto con las Administraciones Públicas, Local y Autonómica (Plan Municipal Contra las Drogas y Plan Regional de Drogas), Cruz Roja Madrid evoluciona y modifica las características del Centro pionero de Marroquina implantando el PMM con las primeras doscientas diez plazas en Madrid.

- El drogodependiente es ante todo un ciudadano con una identidad construida sobre la base de aspectos individuales y colectivos y la comunidad es el ámbito natural de desarrollo de la ciudadanía por lo valoramos el trabajo comunitario como la modalidad de tratamiento entendiendo este como reparación.

## Organizaciones de usuarios de drogas ilegales

---

- Agrupaciones voluntarias con objetivos comunes y que generalmente promovidos desde la iniciativa social. Constituyen un derecho fundamental recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Constitución Española, aplicaciones aunque válidas en el ámbito de las drogodependencias ser contextualizadas debido al marco complejo en que se suceden.
- Su organización debe ser democrática, más aun, por las características del colectivo de evitar y desafiar prohibiciones de comportamientos. Enfrentar grupos naturales de posición local, por las particularidades que les confiere la propia definición del problema y las connotaciones de su marginalidad, y el conocimiento mas allá de su propia localidad, ya que uno de los peligros que puede surgir sería la estrechez de visión local con el riesgo de obviar grupos sociales afines.

## SIDA

---

- Su aparición produjo muchas reacciones sociales siendo una de ellas la de grupos de activistas homosexuales claves en la prevención /actuación ante la enfermedad y posteriormente grupos de consumidores de drogas ilegales adaptaron algunas iniciativas a sus contextos de consumo y encontraron apoyo económico en diferentes organismos responsables de salud, en los años 90 en algunos países de Europa y muy posteriormente en España.

## De la exclusión a la inclusión

---

- El modelo de intervención frente al fenómeno del consumo en España se inicia en los años 80, en torno a la Heroína sustancia que se empieza a detectar en el año 1973 y que 3 años después ocasiona la primera muerte por sobredosis reconocida oficialmente.
- Después de una larga etapa de construcción del modelo asistencial estructurado en base a la abstinencia como única opción (año 80) surgen en el mundo occidental nuevas orientaciones caracterizadas por una visión mas amplia del fenómeno.
- La dependencia a la heroína se reconceptualiza como un trastorno inespecífico recidivante con tendencia a la cronicidad donde las recaídas dejan de considerarse como fracasos terapéuticos pasan a formar parte del propio trastorno. No se expulsa al paciente del programa por consumo durante la terapia, se trata y ayuda para un consumo de menor riesgo, se facilita material estéril, programas de metadona de baja exigencia, programas de heroína, alimentación, albergue etc, con independencia de su inclusión en un programa específico.
- La atención / solución de sus necesidades es un verdadero derecho, el tratamiento es una voluntad del paciente, evolucionamos después de combatir durante años las drogodependencias con la ley del todo o nada, la toma de conciencia de nuestras limitaciones y el SIDA han sido la lógica que ha ganado la batalla el peso del sentido común y del conocimiento real del problema al que en los 80 se enfrentaron los primeros aunque este proceso se ha desarrollado de manera muy dispar según que país.

## Programas de Reducción del Daño (PRD)

---

- En su esencia los PRD ni son solo médicos, ni exclusivos del SIDA, ni dirigidos unicamente a consumidores de heroína, las intervenciones de reducción de daños no son exclusivas de las drogas sino que se aplican en la mayoría de las facetas de la vida pues cotidianamente realizamos acciones de este tipo.

## Asociaciones de usuarios

---

- Aunque la escasez de auto organización de los UDVP interfiere en la eficacia de los programas específicos, la población de drogodependientes no responde exclusivamente al estereotipo de personas despreocupadas, autodestructivas e incapaces de cambiar sus comportamientos de riesgo; contrariamente a esta imagen son personas capaces, al igual que otros colectivos de introducir y modificar comportamientos y normas dirigidas a reducir riesgos.

## Obstáculos individuales y sociales para el asociacionismo

---

- La dependencia en si misma.
- Los limitados recursos materiales.
- La precaria organización social y cultural de muchos de los usuarios.
- La situación legal de estos pacientes.
- La imagen social del drogodependiente.
- Factores psicológicos y de autoestima.
- Estigmatización social.
- Consideran a las instituciones oficiales enemigos de la subcultura de la droga.

## Tipos principales de asociaciones

---

- Se estructuran 2 distintos tipos de grupos:
  1. GRUPOS DE AUTOAYUDA mas vinculados a aspectos asistenciales.  
(consumo de menos riesgo, prevención de recaídas, acceso a tratamiento ...)
  2. GRUPOS DE INTERES dirigidos a la valoración y modificación de la política de drogas  
o a tener una impronta social.

## Asociaciones

---

- En la realidad es habitual que los grupos posean características mixtas. La membresía es muy variada y el criterio ideológico no suele ser ni el uso ni abstinencia de drogas, sino una conducta de apoyo y respecto a la problemática de estas personas.
- Ganan un gran peso específico desde la perspectiva de que los cambios de comportamiento son mas probables si la fuente de transmisión es un miembro del propio grupo, lo cual ha quedado plenamente demostrado en las organizaciones VIH - SIDA.

## Modelos

---

- Modelo americano: Principalmente basado por la creencia de que el individuo es el causante exclusivo de sus problemas, obvia las posibles causas externas, de ahí que los medios para el tratamiento de estos solo puedan ser generados por el propio individuo (ej: Narcóticos Anónimos).
- Modelo holandés: caracterizado por los junkiebond en los años 80, no tiene su origen en el ámbito sanitario, e incluso en ocasiones se le opone. Los fundadores no son exusuarios y no preconizan la abstinencia, reivindicando el derecho de los usuarios de drogas.

- La primera junkiebond se conforma en 1980 en Róterdam como respuesta a un proyecto de tratamiento obligatorio para toxicómanos (desintoxicación forzosa) llegan a 40 asociaciones en el país con una duración media de 3 – 4 años. Posteriormente, se constituye la federación de junkiebond, órgano de coordinación y representación que daría una dimensión nacional a este movimiento de usuarios de drogas.
- En 1981 comenzaron a distribuir jeringuillas a pequeña escala para prevenir la difusión de hepatitis B, siendo este el primer programa de jeringas del mundo.
- El movimiento tuvo una gran incidencia hasta el punto de que el parlamento adoptó una moción en la que articulaba que el gobierno holandés debía articularse en materia de política de drogas con esta federación. Así el modelo de este país tiene su base en la acción conjunta de los poderes públicos y de un socio de un nuevo género, el usuario de drogas.
- El movimiento permitió, instaurar “un modus vivendi” aceptables para todos, drogodependientes incluidos. Al ponerse en marcha medidas de reducción del daño, todas las reivindicaciones del movimiento fueron objetivamente satisfechas, convirtiéndose en política oficial en materias de drogas: las junkiebond por su propia acción neutralizaron su razón de ser.

## MDHG

- La MDHG ( Servicio Medico Social de Usuarios de Heroína) en Ámsterdam se constituyó en 1977, y tiene una subvención del Ayuntamiento de Ámsterdam, sus miembros son usuarios de drogas activos, exusuarios y voluntarios. El principal objetivo es la normalización y la despenalización, como medios para disminuir los problemas creados por la criminalización. Como muestra del trabajo realizado señalemos la conferencia que organiza en 1990 en la que se desarrolló un debate entre científicos, políticos, juristas, agentes de policía y otros actores del mundo de las drogodependencias.

## Actos de la constitución de una asociación

- Reunión de los socios fundadores:
  - Se reunirán como mínimo 3 personas ya sean físicas o jurídicas el objetivo es la aprobación por unanimidad de la constitución de la propia asociación así como la aprobación de sus estatutos.
  - Pueden tomarse otros acuerdos de carácter facultativo pero muy convenientes como son el de otorgar la representación a una persona para llevar a cabo las formalidades exigidas.
- Acta fundacional:
  - Deberá figurar lugar, fecha y personas reunidas, el motivo de la reunión deliberaciones y acuerdos adoptados que serán el de constituir la asociación y el de aprobar sus estatutos, pudiendo también designar a una persona para tramites necesarios de inscripción.
  - El acta será firmada por los presentes.
- Inscripción registral:
  - Es obligatoria se presentará el acta fundacional y los estatutos por triplicado y firmado por todos los socios fundadores.

## Ejemplo de asociaciones europeas

- ASUD (Francia), Unión de Usuarios de Drogas de Dinamarca, ASUT (Barcelona).

# 8

## Medios de comunicación y drogas: la inserción

Marina Figueroa Piñeiro  
Periodista - Telemadrid

### Introducción

---

A los medios de comunicación se nos otorga un papel clave en la Sociedad. En el último barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas, se nos situaba como el cuarto poder por detrás del Gobierno, las grandes empresas y los bancos. Personalmente, considero que son más bien mediadores entre los distintos poderes y la opinión pública. Constituyen la herramienta más eficaz para difundir mensajes de interés público, que persiguen modificar actitudes y comportamientos en torno a cuestiones relevantes como el maltrato a mujeres, la integración de los inmigrantes o las drogas.

Lo que sí es un hecho es que los medios suelen ser la principal fuente de información sobre drogas en general y especialmente de los jóvenes. Su influencia tiene dos caras según como se utilicen, pasa lo mismo que con las drogas no son ni buenas ni malas, depende del uso que hagamos de ellas. Así, aun sin quererlo pueden propagar el consumo de una sustancia en vez de prevenirlo o bien, si ofrecen una completa información pueden potenciar la autonomía personal de los usuarios de los medios como factor de protección frente al abuso de drogas.

Al valorar cual es su papel ante la problemática de las drogas, nos encontramos con posturas divergentes que van desde la que les otorga una importante función a la hora de informar, concienciar y sensibilizar a la sociedad hasta la que afirma que su tratamiento es superficial, cargado de prejuicios y que la noticia sobre drogas es concebida como una mercancía de cara a vender más periódicos o subir las audiencias de radio y televisión.

### Evolución de la percepción de las drogodependencias

---

Los medios de comunicación no son un ente autónomo, se alimentan de lo que pasa en la sociedad a la que informan y esta a su vez actúa y ve la realidad a través de los ojos de esa información. Es una relación de ida y vuelta continua. Por eso quiero hacer un poco de historia de cómo desde mi punto de vista ha evolucionado el tratamiento de las drogodependencias.

Hasta 1978, el consumo de drogas no suscitaba ninguna preocupación social y las noticias relacionadas con el uso y tráfico de drogas ocupaban un espacio poco destacado en las secciones de sucesos. El verano de ese año, una campaña publicitaria con el lema "La Droga Mata" en relación con la heroína, disparó la alarma y despertó el interés mediático. Sorprendió a todos y para explicarlo se recurrió a lo que estaba pasando en otros países. Los medios dramatizaron sus efectos más trágicos como la muerte por sobredosis, convirtieron la heroína en un problema social cuanto en la calle todavía no lo era porque el número de heroinómanos era todavía pequeño e indirectamente y sin buscarlo la promocionaron.

Entre los jóvenes, la heroína era atractiva, implicaba ruptura y sus mitos musicales de los 80 también se ponían. Su consumo se extendió y se convirtió en un epidemia recogida como tema estrella en prensa y televisión y tema de conversación entre los españoles. Su consumo se añadió a otro fenómeno nuevo en la sociedad madrileña, la delincuencia juvenil y lo incremento. El aumento de los delitos cometidos por toxicómanos provocó una crisis colectiva de pánico, lo que se llamó inseguridad ciudadana. El drogodependiente se asoció en el discurso mediático con delincuente. Y la repuesta institucional era represión policial y cárcel, hasta finales de la década de los ochenta en que se empiezan a abrir los primeros centros de tratamiento.

En Madrid, la filosofía imperante era un No rotundo a las drogas tanto a nivel social como institucional. Se buscó el absoluto, se olvidaron caminos intermedios. En este momento en vez de buscar salidas en lo que se está haciendo en otros países, nos encerramos. Los programas de reducción del daño cubrían sólo el expediente porque la receta para tratar a los drogodependientes eran los programas libres de drogas que concebían la drogodependencia como una conducta a modificar no como enfermedad. Y los periodistas transmitimos eso, era un vicio. No tuvimos perspectiva. Los más críticos dicen que nos dejamos llevar por el morbo.

La venta de drogas en los poblados chabolistas gitanos repartidos por los descampados de los barrios del extrarradio de la capital y su reflejo en los medios añadió más marginación. La aparición del SIDA empeoró las cosas. El primer caso se diagnostica en Madrid en 1982 y en siete años, la cifra de infectados, siete de cada diez se dispara hasta los dos mil y seguirá creciendo así como el de muertes. La peste del siglo XX margina todavía más a los drogodependientes.

La propagación del SIDA obliga a poner en marcha a principios de los 90 los primeros programas de reducción del daño sobre el terreno y ya se dispensa metadona restrictivamente. Los programas libres de drogas solo acumulan fracasos y la bolsa de drogodependientes excluidos crece. Con la llegada del médico, Alejandro Martín en 1995 a la dirección del Plan Regional de Drogas primero y después Agencia Antidroga se quiebra esta progresión al imponerse criterios médicos. Pero los efectos de este giro en la política de drogas no son inmediatos y en las noticias pesan más las protestas contra el tráfico de drogas de los vecinos de Villaverde, San Blas y Vallecas.

La presión sobre el Delegado del Gobierno es tal que por su cuenta y riesgo decide cercar los poblados de la droga. Todos los medios mostramos durante una semana los efectos del cerco. La repercusión de esta cobertura mediática supuso una ruptura porque puso de manifiesto que a nivel de tratamiento las políticas en vigor habían fracasado, que cada administración hacía la guerra por su lado. Sobre el gerente de la Agencia cayeron todos los palos, no se sintió respaldado y dimitió.

Le sucedió José Cabrera que continuó con la línea diseñada por su antecesor. Al Ayuntamiento de Madrid no le queda más remedio que sumarse y se inicia el despegue de los programas de metadona, se abre el centro de emergencia en la Rosilla. Cabrera consciente de la fuerza de los medios aprovecha cualquier ocasión para que las drogas sean noticia. Era tal la cantidad de información que facilitaba que por primera vez, las noticias sobre los tratamientos, sobre reinserción centran la atención de los medios, dejando en segundo plano el papel de las fuerzas de seguridad en la represión del narcotráfico.

Al tomar metadona muchos drogodependientes no necesitaban delinquir. Los robos empiezan a bajar pero la imagen de adicto a la heroína como un delincuente persistía y dificultó y llegó a impedir la apertura de algunos centros, al igual que ocurrió con la puesta en marcha de los primeros dispositivos de tratamiento.

Los medios servimos de vehículo para madurar el debate social en torno a la apertura del dispositivo de asistencia a la venopunción. Desde la primera noticia en marzo de 1999 hasta su apertura en mayo de 2000, los medios explicamos los pros y los contras, dimos voz a sus detractores y defensores. Para, Cabrera, su impulsor, supuso que "por fin la sociedad madrileña entro en el debate de la drogodependencia como una enfermedad y el drogodependiente como un enfermo". Un cambio que ya con José Manuel Torrecilla se reflejó en la Ley de Drogodependencias de la Comunidad.

Han tenido que pasar 20 años para este cambio, para que dejemos de hablar de drogadicto, de yonki y usemos drogodependiente. Los medios somos cómplices de lo que ha pasado en estos 20 años y también ayudamos a que el cambio fuera posible. Lo cierto es que ahora es más complicado ofrecer las imágenes de marginación porque solo quedan en pie dos poblados Pitis con poco movimiento y las Barranquillas escondido entre terraplenes y con muchas más dificultades para poder grabar.

Y una vez controlado entre comillas el problema de la heroína adquieren protagonismo mediático otras drogas que no despiertan tanta alarma social porque su consumo se realiza de una manera más íntima, es un uso más recreativo y hasta hace poco, su peso en los programas de tratamiento era pequeño. Ahora tenemos por delante del reto de romper en el imaginario colectivo la creencia de que todas estas drogas son limpias y su adicción no acaba al igual que ocurrió con la heroína en la exclusión social.

Otro reto es facilitar la integración social de los drogodependientes, especialmente de los heroinómanos en tratamiento con metadona, para normalizar su vida y cerrar este negro capítulo de nuestra historia más reciente.

Antes de continuar quiero hacer una matización que es importante. Cuando hablamos de medios de comunicación no estamos hablando de los mismos en su conjunto. Estamos hablando de informativos. Al hablar de prensa hablamos de las revistas de moda, de comics; en radio de los programas de música, los magazines, programas de testimonios; en televisión de las series, los espacios del corazón, las películas..... Todos ellos contribuyen a crear clima de opinión pero aquí solo hablamos de informativos, de las noticias, una parte muy pequeña de la programación diaria.

## Una semana de análisis del 19 al 25 de octubre

---

Para acercarme más a cual es el tratamiento que los medios en el tema de las drogodependencias he analizado durante siete días, del 19 al 25 de octubre, la información en tres medios: Agencias de noticias: Efe y Europa Press, cuatro periódicos: La Razón, El País, ABC y El Mundo y los informativos de medio día y noche de Tele 5 y Telemadrid. Estas son las conclusiones:

1. El tema de las drogas ha dejado de estar de moda, los medios recogen poca información al respecto porque ha dejado de preocupar a la mayoría de la población y así en las encuestas del CIS la droga ha pasado de estar en el cuarto puesto dentro de los principales problemas de España en febrero de 1996 a ocupar el séptimo en septiembre de este año. Y de situarse en diciembre de 1997 como el tercer problema que personalmente afectaba a los ciudadanos al décimo en septiembre de este año.
2. Las drogas ilegales, se enmarcan todavía en el ámbito de lo conflictivo, de lo subjetivamente dramático y vinculado a la criminalidad dentro del marco jurídico. Los sujetos con mayor presencia son por orden decreciente, las fuerzas de seguridad, los jueces, los traficantes y los consumidores. Se transmite la idea de que el problema se está resolviendo por vías policiales y judiciales. Pero sin embargo ha dejado de ser una de las prioridades policiales así en la última entrevista al Jefe Superior de Policía de Madrid a toda página sólo aparece una mención a la venta de drogas y de pasada.
3. Las perspectivas médico-sanitarias, psicosocial y sociocultural han ganado fuerza en los últimos años. El drogodependiente ya es considerado un enfermo. Pero como hemos visto siguen teniendo poca cabida. Predomina sobre todo la prevención y apenas aparecen noticias sobre tratamiento e inserción. Quizás porque los tratamientos de alguna manera se han normalizado.
4. Las drogas legales, alcohol y tabaco, no son consideradas como tales. Pero al menos en la información han perdido esa connotación de signo de distinción y son calificadas de peligrosas para la seguridad en el tráfico en el caso del alcohol y perjudiciales para la salud en el caso del tabaco. Y están casi a la par en la atención de los medios con las drogas ilegales.
5. La imagen de la droga aparece como un todo indeterminado. En la mayoría de las informaciones no se explicita de que droga se habla y el consumidor se presenta sin ningún rol social e individualizado.

## La inserción sociolaboral en los medios

A nivel social, al drogodependiente ya se le considera un enfermo con lo cual ha perdido esa carga negativa que provocaba rechazo y en la medida en la que se le considera un enfermo es más aceptado y se siente más aceptado. Pero esos 20 años de asociación con la delincuencia pesan y esa vinculación no ha desaparecido del todo. Así muchos drogodependientes no quieren saber nada de los medios, y mucho menos de salir en televisión. A los que acceden a hablar ha habido que convencerlos previamente y aún así salvo excepciones prefieren que no se mencione su nombre, que no se les vea la cara e incluso algunos piden que se les distorsione la voz.

Con todo, los medios seguimos teniendo el tic de recurrir al tópico del dramatismo, de los prejuicios moralizantes para decir lo malas que son las drogas como un recurso para enfatizar la parte positiva que supone iniciar un tratamiento o un proceso de rehabilitación y dar el mensaje de que hay una salida.

La información sobre drogodependencias se sigue centrando por un lado en las actuaciones de las fuerzas de seguridad, en la prevención y de vez en cuando en los tratamientos y el consumo. La inserción es la hermana pobre de las drogodependencias, sólo salta a los medios cuando alguna administración genera información, por ejemplo en el mismo mes de octubre la rueda de prensa sobre el de balance del Centro de Orientación Sociolaboral de la Agencia que gestiona la red Araña. Para que estos temas tengan presencia tiene que haber en las redacciones una persona especializada en ellos, que este atenta a lo que se este haciendo, que tenga comunicación fluida tanto con la administración como con las ONGs. Su carencia se nota. Y a un redactor sin especialización le cuesta arrancar con estos temas por varias razones:

1. Porque es una labor que requiere conocer los programas y salvo que lleves mucho tiempo no hay formación para los periodistas en este campo. En la facultad de periodismo no se incluye, solo algunas universidades privadas ofrecen charlas sobre el tema como actividad extra. Creo que por ahí se debería empezar. En los medios en sí tampoco hay una estrategia informativa sobre las drogodependencias. Si acaso puntualmente, algún jefe de informativos pide que durante una semana se cubra algún aspecto en concreto yo recuerdo una semana de reportajes para contar el Plan de Prevención Escolar o una colaboración entre Telemadrid y la Agencia para la serie de Historia de las Drogas con tres reportajes de Treinta Minutos y un cuarto sobre Inserción Sociolaboral. Sin embargo hay iniciativas como la serie de Telecinco 12 meses, 12 causas premiada recientemente que si generalizarán sería fantástico, porque además vende la imagen de responsabilidad y compromiso social del medio.
2. Porque requiere una labor de producción previa. A diferencia de una visita a un poblado que puedes cubrir el mismo día aquí hay que solicitarlo con antelación, pactar el día de grabación. Quiero decir que el proceso es más burocrático que en otros temas.
3. Porque tiene que haber alguien que quiera hablar del tema. Esto es no puedes hablar de unos talleres si no hay nadie en los mismos, aunque solo se vean sus espaldas, pies o manos...Y como ya apuntaba no hay mucha gente dispuesta y si es un organismo oficial tienen que firmar su consentimiento en los dispositivos financiados con fondos públicos para evitar demandas.

Las posibilidades para hablar de reinserción en sentido amplio son muchas: La dispensación de metadona en los centros, en las metamóviles, en el metabus, en las farmacias, la atención del drogodependiente en los centros municipales de salud, las aulas educativas, el centro de orientación educativa, los talleres preelabórales, el centro de orientación, las ayudas para montar empresas y cooperativas, las ayudas que tienen los empresarios que contraten a este colectivo, las cooperativas que ya funcionan, etc. Yo siempre digo en este como en otros temas que para lo malo ya iré yo, que lo bueno, la parte positiva de las cosas tienen que vendérmela. Y no tanto como una forma de hacer, de contar lo bien que lo está haciendo una u otra administración u ONG, que también es lícito, si no como una forma de hacer visible todo lo que está pasando, como una forma de pedagogía social. Aunque también me dado cuenta de que salvo excepciones, las personas que ya han superado el problema no quieren que se lo recuerdes, prefieren pasar página ...

## Otras consideraciones a tener en cuenta

---

Otra consideración que me parece importante: Hasta ahora hemos hablado de información pero en Televisión, el medio con mas influencia social, también hay otros contenidos que conviene tener en cuenta. Por ejemplo en dos semanas he estado atenta a las series que se emiten por la noche y en dos de ellas aparece el tema de las drogodependencias El Comisario y Hospital Central. Como sabéis son dos series que teóricamente se basan en la realidad, pero con una concentración de casos reales por capítulo excesiva y muy exagerados. Pues bien aquí los tópicos no han desaparecido y si acaso se acentúan mucho más . Así en el Comisario aparece el drogodependiente como un yonky y las historias personales que recogen incluyen el encadenado droga-delinuencia-inseguridad.

Las historias se exageran hasta tal punto que la historia de tres chicos de los que decimos que tienen una vida integrada y normal que consumían pastillas acaban violando como posesos a una deficiente psíquica además de trapichear y esto no es lo habitual.

En Hospital central también me llamó la atención que un chico que es encontrado inconsciente en la calle y tenía un pinchazo en el brazo, lo primero que se les ocurre es que es un drogodependiente que tiene una sobredosis. Al final resulta que había donado sangre y lo hacía para perder peso. Son sólo ejemplos, pero de poco vale pedir a los informativos responsabilidad si se olvidan las series que tienen más audiencia.

## Cosas que se pueden mejorar

---

1. Incidir en la formación de los periodistas que cubren estos temas, tanto a nivel de empresas como en la facultad.
2. Incrementar la formación de los profesionales de las drogodependencias sobre cual es la dinámica de los medios para que el mensaje que hagan llegar sea el que quieran transmitir.
3. Incrementar el esfuerzo por parte de todas aquellas instancias que tienen algo que ver con la asistencia a los drogodependientes para contrarrestar el peso de fuerzas de seguridad y tribunales.
4. Mayor comunicación entre los medios y la administración para diseñar estrategias de colaboración porque como dice la OMS en un informe de 1974: " Por exacta, convincente o adecuada que sea, la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, percepciones, sentimientos, valores y modo de vida propios.." Esto es que la información se refuerce en otros ámbitos, sobre todo en la escuela, el trabajo, el centro de salud, etc.
5. A los medios hay que pedirles que a su vez diseñen una estrategia comprometida y clara en este tema y que no solo este sujeta a la actualidad diaria. Por ejemplo que en la parrilla se incluyan programas de divulgación centrados en estos temas, como ya ocurre con la salud, por ejemplo.
6. También hay que pedirles que resuelvan la contradicción que supone que sean vehículos de las campañas de prevención en el consumo de drogas y a la vez sean el soporte de la publicidad indirecta del alcohol.



# 9 Las asociaciones de familiares y la integración social de drogodependientes

Yolanda Valero Valdés

Coordinadora del Área de Atención Familiar de FERMAD

Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer al Ayuntamiento de Madrid, y en especial al Instituto de Adicciones que haya contado con nosotros para participar en estas jornadas y en segundo lugar dar las gracias por dedicar toda una mesa redonda a las familias de las personas consumidoras, ya que todos estos tipos de actos se suelen centrar en la figura del drogodependiente, dejando a un lado otros factores que de algún modo están implicados o sufren indirectamente el problema.

**FERMAD** (Federación Madrileña de Asociaciones para la asistencia al drogodependiente y sus familias) fue constituida en 1986 y actualmente está compuesta por **37 Entidades** con una finalidad común: "Buscar respuestas a las necesidades detectadas en el ámbito de las drogodependencias", y entendemos que una de estas necesidades es la atención a las familias, siendo este uno de los pilares fundamentales de trabajo para la Federación.

A lo largo de la historia han existido diferentes modelos explicativos del fenómeno de las drogodependencias, según los cuales el agente responsable del inicio o mantenimiento del consumo varía. Algunos modelos dejan toda la responsabilidad en el individuo, otros en la sociedad y otros la dividen entre diferentes agentes.

Nosotros estamos más de acuerdo con un modelo multideterminado, en el cual tanto las responsabilidades del inicio como del cambio son compartidas por el individuo, la familia, el entorno, la sociedad, etc.; nosotros hacemos hincapié en nuestro trabajo diario en una de las variables que interactúan: La Familia

Entendemos que la familia es un agente socializador fundamental y un espacio muy importante para trabajar todos los aspectos relacionados con la prevención y el mantenimiento o abandono del consumo de sustancias, aunque no el único.

Así, trabajando directamente con la familia, podemos realizar un trabajo indirecto con la persona consumidora y provocar cambios en ella.

Por eso, desde nuestra orientación y trabajo diario pretendemos evitar conceptos inadecuados como la culpa, reemplazándolos por una responsabilidad compartida, la cual atañe desde el propio individuo hasta la sociedad, pasando por la familia, la escuela o los medios de comunicación.

Dentro del **trabajo familiar que realiza FERMAD** se podría hacer una diferenciación.

- Por un lado, trabajamos la **PREVENCIÓN** clásicamente denominada como primaria, en la cual se forma y orienta a familias sin ningún tipo de problema de consumo, pero si preocupados por el mismo.

Esta labor no repercute exclusivamente en el campo de las drogodependencias, sino que se amplía a cualquier otra conducta de riesgo.

- Por otro lado realizamos un trabajo de orientación y apoyo a las familias cuando ya ha aparecido algún tipo de consumo o la drogodependencia propiamente dicha.

Estas familias se encuentran apoyadas durante todo el proceso, ya sea en sospechas, en consumos con o sin tratamientos o en reinserción. Existen múltiples razones que justifican este trabajo, pero voy a nombrar sólo las que inicialmente lo hacen necesario:

- Muchas familias cuando se encuentran ante una sospecha o el problema en sí, llegan a la frustración y a la desesperación, por lo que se paralizan y no saben como actuar.
- En muchas ocasiones, la integración de la persona drogodependiente y mantenimiento en un proceso terapéutico está directamente relacionada con la actitud e implicación familiar en el mismo.
- Existen familias que no diferencian comportamientos propios, que mantienen o facilitan estas conductas negativas.

Me gustaría hacer un pequeño inciso sobre el cambio que estamos experimentando en los últimos años en la población con la cual trabajamos.

Existe un

- Aumento del número de casos progresivo
- Aumento de demanda por parte de ambos padres e incluso la figura del padre sólo, aunque continua con un porcentaje mayor de madres.
- Aumento significativo de nuevas figuras demandantes como hermanos y en especial las parejas

Esto demuestra una mayor implicación familiar. Todavía muchas de estas personas vienen buscando la varita o receta mágica, aunque ya son más frecuentes las familias que vienen dispuestas a realizar un trabajo en común.

Antes de pasar a comentar las diferentes áreas que se trabajan en estas familias, aclarar que aquí lo voy a exponer de una manera algo genérica, haciendo hincapié en las áreas más importantes, y que en todas las familias no se trabajan los mismos aspectos, ni de la misma manera.

Es un trabajo individualizado que dependerá del funcionamiento y las necesidades propias de cada familia.

Los principales **objetivos de este trabajo** son:

- Mejorar el funcionamiento familiar y el desarrollo adecuado de cada uno de los miembros de la familia.
- Aumentar la competencia de los padres y su capacidad para resolver problemas, así como concienciarles de su papel educativo.
- Dotar a los familiares de unas pautas de actuación suficientes para enfrentar el consumo y detenerlo, creando las condiciones (si son necesarias) para que la persona consumidora decida entrar en tratamiento y eliminando actitudes involuntarias que resultan cómplices en el mantenimiento del consumo.
- Y el más importante de todos, mantener una vida propia independientemente de la resolución del problema.

Estos objetivos se comienzan a trabajar en sesiones individuales y si es posible de manera grupal. Actualmente contamos con 6 grupos de terapia distintos:

- Grupos de Familias con algún miembro en situación de inicio o sospechas de consumo.
- Grupos de Familias con algún miembro en situación de consumo.
- Grupos de Familias con algún miembro en proceso de reinserción
- Grupos de Familias con algún miembro en P.M.M.
- Grupos de Parejas de consumidores
- Grupos de Familias con algún miembro con Patología Dual.

## Áreas a trabajar con y en la familia

---

### 1º Aspecto

#### Disminución de la angustia e indefensión familiar:

Como he mencionado anteriormente, la familia cuando se encuentra con este tipo de situaciones se suele paralizar debido a los sentimientos que le produce. Desde esta posición, la búsqueda de soluciones suele resultar infructuosa, por eso es necesario reducir estas emociones y para ello hay que hacer un planteamiento más realista que el que trae la familia, que suele ser alarmista y bastante negativo.

La angustia sólo conduce a una pérdida de control de la situación y a malgastar energías, que se van a necesitar para afrontar el problema.

Se pretende desechar cualquier sentimiento de culpa y llegar a una postura serena y tranquila, que no incapacite para tomar decisiones importantes y actuar.

Este paso, si es necesario, es fundamental para poder trabajar cualquier otro.

### 2º Aspecto

#### Definición de roles familiares

El rol es la conducta esperada de una persona según su situación respecto al resto del grupo, está basado en las relaciones con los demás, sino no tendría sentido. En el caso de los padres una de las funciones de su rol es la dirección del grupo familiar.

En diferentes casos nos encontramos con cambios de roles respecto a responsabilidades y poderes dentro de la unidad familiar, siendo el hijo quien toma las decisiones y los demás miembros de la familia no se atreven a contradecirlas.

Es importante conocer los diferentes roles familiares y si es necesario reorganizarlos.

### 3º Aspecto

#### Autoridad

Relacionado con el punto anterior, la autoridad (no despótica, sino desde el afecto y la responsabilidad) debería ser ejercida por los padres, para guiar la conducta de su hijo y prepararle para vivir en sociedad.

En ocasiones esta autoridad se tiende a confundir con no respetar las opiniones de los hijos e imponer las propias, provocando en los padres una inhibición a la hora de ejercer esta responsabilidad, llegando incluso al sometimiento. Esta actitud se justifica desde el miedo que sufren algunos padres a lo que pueda provocar en los hijos el no conseguir sus deseos; mientras que lo que consiguen es una tolerancia a la frustración nula y a no aprender a diferenciar conductas positivas de las negativas.

Es necesario que asuman esta tarea como parte de su rol y responsabilidad como padres, optando por posturas pensadas y coordinadas por ambos progenitores.

### 4º Aspecto

#### Normas familiares

La vida de cualquier grupo social, incluido la familia, se organiza en torno a unas normas que guían la conducta de la persona y del grupo en general.

Dentro del rol de padres, está la organización familiar y por lo tanto la fijación de normas razonables. Estas indican qué, cómo y cuándo se debe o no realizar una acción, ayudan a tener las cosas más claras, a establecer prioridades.

Los hijos (especialmente en los 2-3 años y en la adolescencia) suelen provocar situaciones nuevas para ver lo que sucede; según su experiencia generalizarán la adaptación o transgresión de las normas sociales en la edad adulta.

Igualmente que con la autoridad explicada anteriormente, hay familias a las que les da miedo ponerlas en práctica, dejando a los hijos sin el "manual" necesario sobre lo que pueden o no pueden hacer.

Estas normas deben ser claras, consistentes y coherentes (no dependiendo del estado de ánimo), y ya que están hechas para ser respetadas deben tener unas consecuencias en el caso de no cumplirse. Las normas deben estar adecuadas a la edad y algunas se podrán negociar, mientras que otras deberán ser inflexibles.

Según la familia, en algunas simplemente hay que modificarlas o aclararlas, mientras que en otras hay que comenzar desde cero, haciendo entender la importancia de su establecimiento para la educación de los hijos y el respeto familiar.

### 5º Aspecto

#### Responsabilidad de los hijos

Según van creciendo los hijos, con ellos crecen y varían las responsabilidades que les acompañan.

Nos encontramos con familias en las cuales las responsabilidades de los hijos recaen sobre los padres, porque esto resulta más cómodo para los hijos y porque los padres las aceptan e incluso no quieren deshacerse de ellas.

Hay que facilitar que todos desarrollen y ejerzan sus responsabilidades desde pequeños, ofreciendo a los hijos oportunidades para tomar decisiones y mostrándoles que eso es lo que se espera de ellos. Dejando que resuelvan problemas y ofreciéndoles alternativas dándoles el apoyo y la seguridad necesaria según la edad. En resumen, reforzando las iniciativas de responsabilidades para ayudarles a madurar.

### 6º Aspecto

#### Padres cómo modelos.

Teniendo en cuenta que los padres no son los únicos modelos de comportamiento de los hijos, pero sí durante unos años son la principal figura y más tarde continúan teniendo su influencia; las actitudes y conductas de los padres respecto a diferentes aspectos son determinantes.

Así, las actitudes ante el consumo de las diferentes sustancias (i/legales), el ejercicio del ocio y tiempo libre dentro del núcleo familiar, la actitud pasiva ante el consumismo y el capitalismo, la falta de decisión personal; tiene gran peso sobre la conducta de los hijos.

Por ejemplo, pueden ver en los adultos como afrontan problemas a través del uso de sustancias, en lugar de intentar enfrentarse a ellos de forma personal. Indirectamente se está dando permiso a los hijos para realizar determinadas conductas.

### 7º Aspecto

#### Autocontrol de emociones

Ante situaciones de crisis podemos dejar que el alarmismo nos invada y actuar desde ahí; o por el contrario, darnos un tiempo para calmarnos, pensar y tomar decisiones meditadas que son más efectivas.

Es importante conocer como funciona la familia en este aspecto y si resulta necesario enseñar diferentes técnicas para variarlo.

## 8° Aspecto

### La afectividad en la familia.

La afectividad es imprescindible para los humanos. Tenemos que ser conscientes que existen sentimientos positivos y negativos (aunque no estén aceptados socialmente) y es importante aceptarlos aunque no los consideremos adecuados para poder canalizarlos. Es importante reconocer y aceptar los propios sentimientos, para poder hacerlo con los demás.

Por lo que se hace necesario realizar también un trabajo con las emociones en la familia: reconocer las propias emociones y expresarlas de la forma más adecuada, empatizar con las emociones de los otros, etc.

## 9° Aspecto

### La comunicación

Aunque todos estamos acostumbrados a comunicarnos, olvidamos en ocasiones la importancia que tiene para nuestra relación con los demás.

Es importante trabajar ciertos temas como la coherencia entre comunicación verbal y no verbal, cómo iniciar o mantener una conversación, aclarar roles en la comunicación (padre-hijo -> colegas), etc.

También se suele hacer hincapié en la adquisición de las habilidades necesarias: técnicas de escucha, cómo decir que no, hacer y recibir críticas, negociar.

## 10° Aspecto y más importante

### Normalización de la vida

Nos solemos encontrar con familias en las que se vive por y para el problema de la droga.

Sin olvidarnos que la familia es un entramado de relaciones, hay que resaltar la importancia de la individualidad y la no-centralización de la vida en el problema de consumo de sustancias.

Independientemente de la solución o no de este problema, los familiares deben aprender a hacer "su vida" y no limitarla por el estado actual del problema.

Por lo tanto, ya finalizando, recordar que desde el trabajo diario de FERMAD, se persiguen **comportamientos más coherentes y eficaces en el núcleo familiar**, tanto para evitar el consumo como para no mantenerlo, para lo cual, resulta necesario incidir en las relaciones familiares, aumentando el apoyo mutuo y la expresión libre de emociones, creando un espacio normativo sin ser controlador y favoreciendo el aumento de intereses sociales y de ocio, evitando el aislamiento social, tanto del miembro consumidor como del resto de la familia.

Gracias.



# 10 El papel de la familia en el proceso de integración social del drogodependiente

Sol de Ena  
Psicóloga  
CAD de San Blas - Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

## Importancia de la familia en nuestra sociedad

---

En un contexto social donde priman los valores individualistas y competitivos, la familia sigue siendo lo único que no falla y en lo que se puede confiar.

Aunque últimamente se han producido cambios profundos en el modelo familiar, la familia sigue apareciendo en el **primer** puesto en las encuestas que preguntan a los españoles por los valores más importantes.

“Mantener unas buenas relaciones familiares” es un valor “bastante o muy importante” por encima de “ganar dinero”, “llevar una vida moral y digna” y “obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional”. (FAD 2003).

Es en la familia donde el drogodependiente empieza a adaptarse a normas de convivencia, aprende a escuchar, a negociar, a respetar a los demás, a expresar sentimientos, a admitir limitaciones; en resumen, a aceptar un estilo de vida sano y socialmente válido.

## Exclusión social

---

La familia actúa como una red de seguridad o amortiguador social, evitando que muchas personas, en situaciones de desempleo y con trabajos precarios, se acaben incorporando a los circuitos de exclusión social.

El trastorno adictivo coloca al drogodependiente en situación de riesgo de marginación social.

## La familia del drogodependiente en el tratamiento de la drogodependencia

---

Es objeto de intervención:

La droga va a provocar un profundo desajuste en la familia.

### Es agente terapéutico:

Detecta los problemas antes de que se cronifiquen, aporta los primeros apoyos, actúa como instrumento de presión y motivación, y le acompaña en las diferentes etapas del proceso de reinserción.

### Es mediador social:

Por la experiencia acumulada al haber participado en el proceso de reinserción.

## La familia como objeto de intervención

---

La crisis que produce el impacto de la drogodependencia en algún miembro de la familia altera su vida cotidiana y social.

A menudo, la familia demanda ayuda profesional después de intentar “arreglar el asunto en casa”.

Todo ello, les conduce a un bloqueo cognitivo, que hará, aún más difícil, resolver el problema.

La familia necesita una atención terapéutica para reorganizar el sistema a través del cambio conductual de sus miembros.

Tendremos que intervenir sobre sus carencias: cognitivas, afectivas y comportamentales.

## La familia como agente terapéutico

---

En la medida en que la unidad familiar empieza a sentirse apoyada y escuchada, modifica su comportamiento recuperando un papel activo en el proceso de reinserción del drogodependiente.

De esta forma, la familia, no sólo resuelve su crisis, sino que también se convierte en agente terapéutico.

## La intervención con la familia en los CADs

---

En los Centros de Atención a las Drogodependencias el objetivo es proporcionar los medios y estrategias que permitan a las familias transformar los sentimientos de desesperación y resignación en una fuerza positiva al servicio del cambio.

Se realizan dos modalidades de intervención familiar: individual y grupal.

Cumple dos funciones fundamentales: una formativa y otra de apoyo emocional.

## La actitud de la familia

---

La familia del drogodependiente favorece el cambio cuando existe una adecuada colaboración entre la familia y el equipo terapéutico que atiende al paciente.

Si la familia del drogodependiente no cree necesaria su colaboración en el tratamiento, bien por desánimo o por falta de decisión, se puede empezar por incluir al miembro más motivado para generar cambios que faciliten la incorporación posterior del resto.

## La atención terapéutica de la familia

---

La atención terapéutica se inicia con una toma de contacto, donde, en un ambiente de confidencialidad y empatía, la familia cuenta las situaciones que han pasado, expresando sentimientos y vivencias con tiempo y dedicación por parte del profesional.

Desde el principio, hay que ofrecer a la familia un contexto en el que se sientan orientados, comprendidos y, especialmente, apoyados; evitando cuidadosamente que puedan sentirse juzgados.

### A nivel cognitivo

Conviene intervenir sobre los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales.

### A nivel emocional

Hay que trabajar la autoestima y la asertividad. Hacerles conscientes de sus propios recursos y capacidades, ganando así en seguridad y superando la indefensión.

Es fundamental:

- Trabajar sobre la culpa y la dependencia emocional que tanto inmovilizan. La culpa suele recaer en el miembro más vulnerable de la familia, que normalmente es la madre.
- Trabajar la autonomía personal, rehacer el recuerdo y ayudar a descubrir “lo que se tiene” para poder diseñar un proyecto de futuro.

## Pautas de actuación

---

En la etapa inicial, cuando la familia “descubre” la drogodependencia, es importante enseñarles a:

- Analizar la conducta del drogodependiente con y sin drogas.
- Establecer pautas de **comportamiento**.

En una fase posterior del tratamiento, se llevará a cabo un análisis de las relaciones y conflictos familiares para fomentar un clima afectivo positivo.

Se hará un diagnóstico de las relaciones entre sus miembros: “lo que esta enfermo son las relaciones”.

El objetivo es fomentar espacios que faciliten una comunicación gratificante y positiva, así como el intercambio de sentimientos, afectos y estados emocionales.

Tendremos en cuenta la existencia de mitos y secretos familiares.

## La incorporación social

---

La familia necesita ayuda para:

- Vencer la soledad.
- Abrirse al exterior.

Hay que evaluar y potenciar tres elementos esenciales:

- El mundo relacional.
- La cultura.
- El trabajo.

## Mundo relacional

---

Los miembros de la familia (especialmente las madres) necesitan relacionarse con otras personas, iniciar o recuperar relaciones de amistad.

Su mundo ha sido muy pequeño, concreto, encerrado en muy pocas personas: bloqueados por su problema.

Pero han de seguir su ritmo y no debemos imponerles el nuestro.

## Cultura

---

La cultura proporciona autonomía intelectual y potencia el desarrollo como persona, tanto del drogodependiente como de la familia.

Crear un interés por la cultura debe ser un objetivo esencial.

Pero: ¿Hasta donde?

La respuesta es clara: Hasta donde se pueda llegar o hasta donde se quiera llegar.

## El trabajo

---

El trabajo, tanto para el drogodependiente como para la familia, implica:

- Normalizar la vida.
- Incrementar su autoestima.
- Facilitar el establecimiento de relaciones.

Es importante que el drogodependiente lleve a cabo el “itinerario de inserción” dentro del programa individualizado de integración con el apoyo de la familia.

A medida que en el sistema familiar se vayan resolviendo los conflictos y la familia vaya siendo capaz de abrirse al exterior, se fomentarán las actividades compartidas y el empleo del tiempo libre en familia.

Se irán transformando las actitudes de fuerte control en otras de mayor confianza, permitiendo al adicto medirse con sus responsabilidades y hacerse cargo poco a poco de su propio proceso y de sí mismo, hasta que pueda desarrollarse como ciudadano normal y crecer como persona.

## La familia como mediador social

---

Para finalizar este proceso, motivaremos a la familia para que sensibilice a la población, en su entorno mas inmediato, actuando como mediadores sociales gracias a la experiencia acumulada en el proceso de reinserción.

## El programa de familia

---

El objetivo general del **Programa de Familia** del Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, es ofrecer a las familias de drogodependientes que se encuentran en tratamiento en los centros de atención de la red municipal, la información, orientación y recursos necesarios para facilitar la integración familiar y social del drogodependiente.

Este Programa tiene como objetivos específicos:

- Modificar las actitudes familiares favorecedoras de un estilo de vida dependiente que implica un riesgo para el consumo de drogas.
- Favorecer el desarrollo de estrategias familiares que faciliten la autonomía y la integración social del drogodependiente.
- Favorecer que la familia apoye la vinculación del drogodependiente con la comunidad.

## Conclusiones

---

Para poder insertar al drogodependiente se necesita la cooperación de otros ámbitos y el desarrollo de medidas institucionales tendentes a mejorar su imagen social y a superar actitudes discriminatorias o de rechazo, generando una actitud **solidaria y de apoyo que facilite su plena integración**.

“La familia por frágil e inestable que parezca va a ser el eje fundamental para dar solución al problema de la droga”.

# 11

## Centro de Día con apoyo residencial para el tratamiento y la desintoxicación de drogodependientes “Los Almendros”

Teresa González Ausín  
Trabajadora Social del Centro de Día “Los Almendros”  
Agencia Antidroga - Comunidad de Madrid

### Finalidad

---

- Desintoxicación
- Rehabilitación
- Reinserción de mujeres y hombres drogodependientes

### Respuestas

---

- Cumplimiento alternativo de pena
- Atención a mujeres embarazadas
- Atención a bebés de madres en tto.
- Apoyo residencial solo para mujeres



### Criterios de admisión

---

- Superar el proceso de desintoxicación.
- No padecer enfermedad infectocontagiosa en fase activa o con patología orgánica que precise atención especializada.
- No padecer trastorno psicopatológico que precise atención psiquiátrica continua para estabilización.

### Perfil

---

#### Regimen ambulatorio

- Mujeres y hombres y drogodependientes, que precisen de un tratamiento de mayor contención.

- Cumplimiento alternativo de pena. PLD o PMM.
- Rehabilitación individualizada tanto por determinación profesional como por estar en la etapa de inserción.

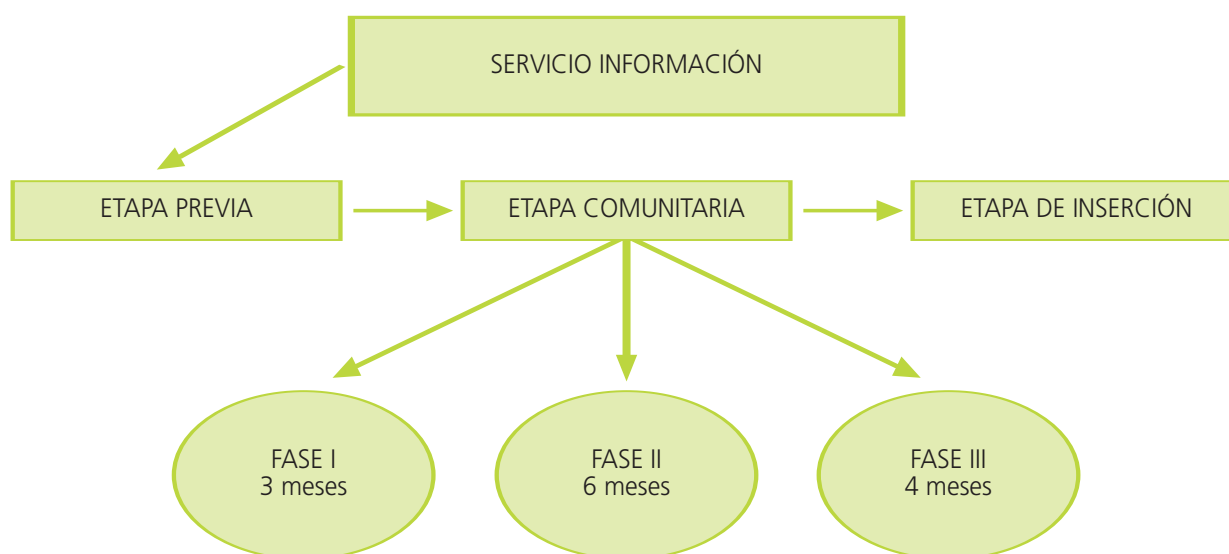
## Atención a bebés

Los hijos recién nacidos de mujeres residentes.

Niños de pocos meses, de mujeres en tratamiento en régimen residencial.

Niños de pocos meses, hijos de mujeres en régimen ambulatorio que no pueden ser atendidos por la familia.

## Estructura del programa



## Etapa previa

- Evaluación del caso.
- Información del Programa.
- Motivación.
- Admisión directa.
- Desintoxicación.
- Duración variable (Dependiendo de cada caso).

## Etapa comunitaria

- 1ª fase: acogida e integración al grupo
  - duración: 3 meses.
- 2ª fase: profundización
  - duración: 6 meses.
- 3ª fase: experiencias de autonomía
  - duración: 4 meses.

## Etapa de inserción

---

Contexto normalizado.  
Duración máxima un año.  
Seguimiento distal.

## Áreas de intervención

---

Área Psicológica.  
Área Sanitaria.  
Área Social.  
Área Educativa.

## Actividades del taller

---

Deporte.  
Bordado en oro.  
Informática.  
Yoga.  
Huerta y jardinería.  
Cocina.  
Peluquería.

## Recursos humanos

---

Directora.  
Médico.  
Enfermera.  
2 Trabajadoras Sociales.  
2 Psicólogas.  
9 Educadoras.  
2 Abogados.  
1 Educadora infantil.  
7 Monitores de taller.  
Secretaria.  
Administradora.  
Personal de mantenimiento.  
10 Voluntarios.

## Talleres en el centro

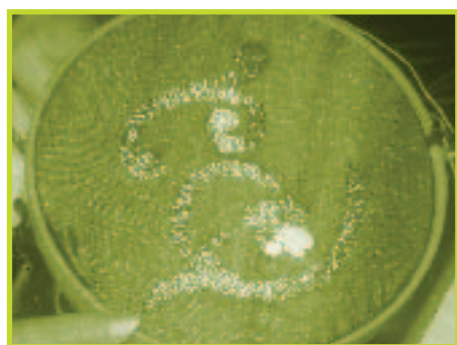
Jardinería, viverismo, huerta.



Cocina.



Taller de bordado.



Estampado de camisetas.



Informática.



Peluquería.



Deporte.



Yoga.

Manualidades.

Ocupacionales.

# 12

## Reinserción “Etapa de recuperación integral del paciente”

Antonio Lagares Roibas  
Médico del CAD de San Blas  
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

- A. Intervención médica.
  - A1. Actuaciones previas.
  - A2. Actuaciones iniciales.
  - A3. Actuaciones finales.
- B. Medidas preventivas.
- C. Repercusión en el medio laboral.

### A. Intervención médica

---

#### A.1. Actuaciones previas

##### A.1.1. Estudio del paciente

- Orgánico:           Enf. más prevalentes.  
                          Otras enfermedades.
- Psíquico:           Historia psicopatológica.

##### A.1.2. Valoración del programa que realiza

- P.S.O.
- Otros programas: Seguimiento.  
                          Derivación.  
                          Alta, etc.

##### A.1.3. Actividades sanitarias

- EPS
- Vacunaciones
- Otras

##### A.1.4. Otras intervenciones

- Información administrativa
- Información minusvalías
- I.T.
- etc.

## A.2. Actuaciones iniciales

### A.2.1. Valoración de la aptitud para el trabajo

- Nivel físico:

Nivel motor:	Fuerza, movilidad, potencia, etc
Org. sentidos:	Oftalmológico – campometría Otológico – audiometría
Cardiorrespiratorio:	ECG Espirometría
Otras valoraciones	

- Nivel psíquico:

Valoración actual:	Depresión, ansiedad, estrés, etc
--------------------	----------------------------------

### A.2.2. Determinación de la idoneidad del puesto de trabajo

- Factores facilitadores de la reinserción
- Factores que dificultan la reinserción
- Alternativas a considerar

#### Factores que facilitan la reinserción

- No haber abandonado el puesto de trabajo durante el tratamiento.
- Considerarse capacitado para desempeñar las actividades de su puesto.
- Sentirse reconocido profesionalmente.
- Tener un soporte afectivo del entorno.

#### Factores que dificultan la reinserción

- Pérdida de facultades mentales y/o incapacidades de origen diverso.
- Desconexión con el trabajo a lo largo del proceso terapéutico.
- Tratamientos reiterados y antecedentes de sanciones.
- Cambio degradante del puesto de trabajo.
- Deterioro de la relación con compañeros y mandos.
- Frustración o inseguridad laboral.
- Características del puesto de trabajo:
  - Horarios intempestivos.
  - Trabajo en precario.
  - Exceso de trabajo.
  - Aislamiento social.
  - Etc.
- Situación familiar o social límite.
- Estrés laboral (cualquiera que sea su origen).

#### Alternativas a considerar

- Replantearse la función facilitadora del consumo que haya podido tener el puesto de trabajo.
- Valorar la capacitación del trabajador para el antiguo puesto de trabajo.
- Valorar la posibilidad de cambio de actividad o de readaptación del paciente al medio.
- Valorar “pros” y “contra” del cambio de actividad.
- Valorar posibles situaciones que generen estrés.
- Establecer coordinación con el “supervisor” del servicio \_ “tutelaje laboral”.
- Detectar precozmente circunstancias favorecedoras de recaída.

### A.3. Actuaciones finales. “prevención de recaídas”

#### A.3.1. Condiciones ambientales – psicosociales favorecedoras

- Rotación horaria
- Exceso de tiempo muerto
- Conflictividad laboral
- Carencia de perspectivas de promoción
- Otros

#### A.3.2. Características del individuo: “vulnerabilidad al estrés”

- Personas ansiosas
- Personas rígidas
- Personas dependientes
- Burnt-out
- Personalidad del tipo A

#### A.3.3. Situaciones de alarma

- Absentismo
- Bajas
- Accidentalidad
- Productividad
- Conflictos
- Despidos

## B. Medidas preventivas

---

### I. Ámbito empresa – trabajadores

- Realización de campañas periódicas de prevención, información – formación sobre drogas.
- Generar fondos y ayudas económicas gestionadas por empresas – trabajadores para estas actividades.
- Diálogo y actitud abierta entre empresa – sindicatos sobre los problemas de drogas:
  - Acuerdo para la realización de análisis de detección del uso de drogas.
  - Negociar las condiciones del **no** despido por el uso de drogas.
  - Valorar si proceden sanciones para los que no quieren la rehabilitación.
  - Etc.
- Potenciación de servicios médicos de empresa y de los comités de higiene y salud.
- Facilitar conocimiento y contacto con centros especializados de tratamiento y rehabilitación al personal afectado.
- Etc.

### II. Otras actividades generales

- Campañas de concienciación social ante el abuso de drogas.
- Actividades periódicas de información – formación a los jóvenes.
- Programas de prevención en las escuelas.
- Programas divulgativos a través de los medios de comunicación.
- Etc.

## C. Repercusión en el medio laboral

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	
Empresa	Individuo
Mala imagen de la empresa	Problemas de salud física – psíquica
Baja productividad	Dificultad en las relaciones laborales
Deficiente atención al cliente	Accidentes laborales
Accidentes laborales	Problemas económicos
Absentismo laboral	Sanciones y/o despidos
Gastos por despidos o sustituciones	Otras
Otras	

# 13 Interdisciplinariedad en la inserción sociolaboral de drogodependientes

José Fco. Alcázar Santos  
Trabajador Social del CAD de Tetuán  
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

## Presentación de la exposición

---

1. Requisitos básicos para el funcionamiento de cualquier programa.
2. Breve concepto de Inserción Sociolaboral.
3. Evolución de la inserción sociolaboral en los CAD,s.
4. Funciones y Papel del Trabajador Social dentro de la Inserción Sociolaboral en los equipos Interdisciplinares.
5. Funciones del Equipo Interdisciplinar en la Inserción Sociolaboral.
6. Propuestas metodológicas.
7. Conclusiones.

## Preliminares básicos

---

Para que cualquier programa funcione, es necesario, básicamente:

- Una Metodología, unos Objetivos y unos Procedimientos claros.
- Un Programa propiamente dicho, práctico y revisable, dinámico.
- Un equipo de trabajo, estable, con un número suficiente de miembros, unas tareas y unas funciones claras.
- Un canal de Información y comunicación eficaz.
- Una participación activa y libre de todos los miembros del equipo.

## Breve concepto de inserción sociolaboral

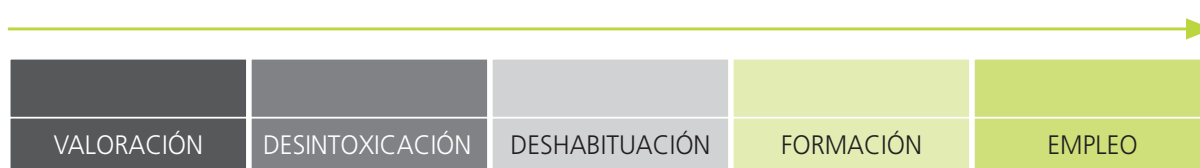
---

- Proceso que facilita la incorporación social y laboral de la persona -C.O.S.-

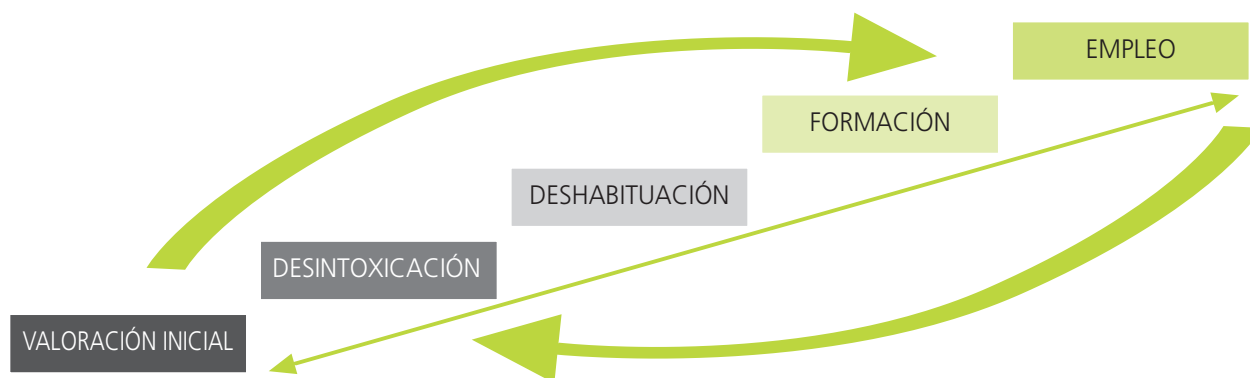
## Aspectos a tener en cuenta...

- No es la fase final de un proceso de tratamiento
- El proceso de tratamiento no es un proceso lineal.
- La Inserción sociolaboral se ha de considerar de manera transversal a todo el proceso de tratamiento
- Hay que tener en cuenta los dos aspectos de la Inserción: el social y el laboral.

## Proceso lineal



## Proceso circular



## Evolución de la inserción sociolaboral en los CAD,s

- Primera etapa: proceso lineal, con pocos recursos, intervención del tejido social.
- Implantación del Programa de Sustitutivo de Opiáceos: talleres ocupacionales y de ocio; mayor implicación del tejido social y aumento de convenios con entidades.
- Programa de Colaboración con IMEFE del Ayuntamiento; talleres formativos de la Agencia Antidroga; proyectos de búsqueda de empleo y de formación de entidades privadas...
- Centro Sociolaboral y Socioeducativo, aumento de talleres de formación de IMEFE, Servicio Regional de Empleo y del tejido social...
- Implantación del Programa de Inserción Sociolaboral en los CAD,s: Proceso circular y Transversal.

## Funciones y papel del trabajador social

- Han ido cambiando paralelamente a la evolución de la Inserción Sociolaboral.
- Aumento de la complejidad.
- Valoración, conocimiento, coordinación y gestión de todos los recursos internos y externos.
- Procurar un ámbito lo más normalizado posible del paciente.
- Orientación y Motivación hacia la formación y el empleo y la adquisición de hábitos saludables

## La interdisciplinariedad en la inserción sociolaboral



## Propuestas

---

1. El Equipo de trabajo, ha de consensuar una metodología propia de intervención y unos procedimientos específicos, adaptados a su realidad
2. El Programa de Inserción Sociolaboral ha de integrarse plenamente en la dinámica asistencial del CAD, como un programa transversal.
3. Se han de actualizar funciones y tareas de los diferentes profesionales dentro de los Equipos y que cada uno conozca qué objetivos está trabajando el otro y en qué proceso se encuentra el paciente.
4. Es necesaria una reorganización de la intervención individual, grupal y comunitaria.
5. Se han de fomentar los grupos de habilidades sociales, resolución de problemas, grupos Pre-laborales y de Mantenimiento del Empleo.
6. Se han de desarrollar nuevas estrategias de intervención para fomentar el ocio y tiempo libre saludable y la participación en la vida social.
7. Se ha de reorganizar el tiempo: dedicar más tiempo no a la tarea y al cumplimiento de objetivos, sino al análisis de nuestro propio funcionamiento, porque consiguiendo estos objetivos internos vamos a conseguir a medio-largo plazo un funcionamiento más óptimo de nuestra organización en general.

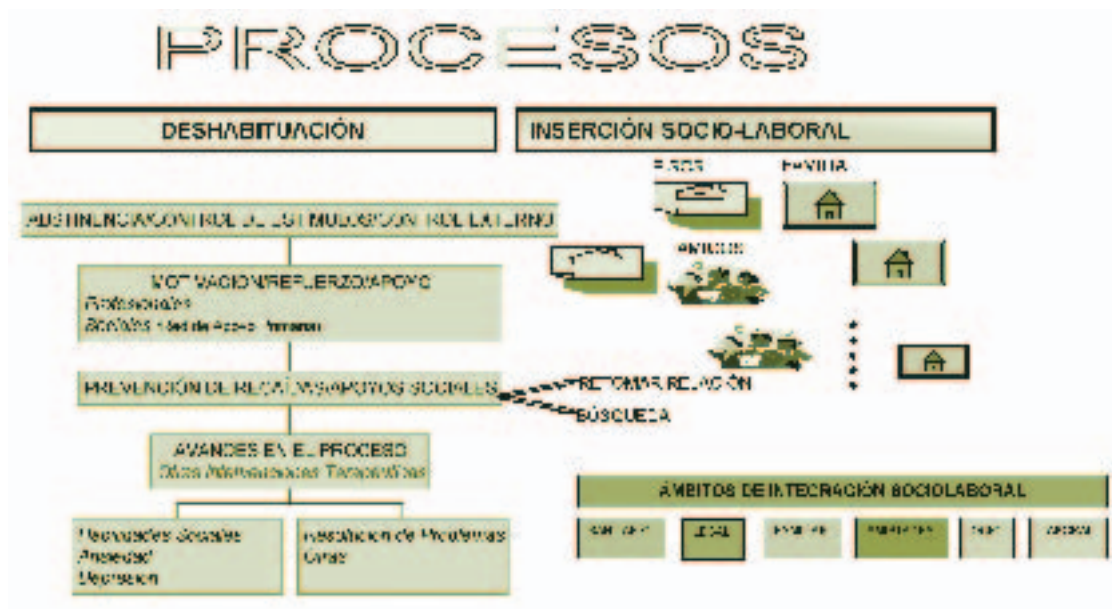
## Propuesta metodológica

---

- Aumentar el trabajo Grupal, con grupos abiertos, con número limitado de sesiones y unos objetivos concretos a trabajar en función del tipo de grupo.
- Participación de los pacientes, desde el inicio, en los grupos, en función de la valoración realizada por el Equipo.
- Existirán grupos por una parte terapéuticos y por otra orientados a la inserción laboral, y la participación en ambos podrá ser paralela.
- Posibles grupos, en función de las características del centro y el perfil de los pacientes a consensuar por el equipo:
  - Los tradicionales: prevención de recaídas, terapéuticos, familiares, alcohol, cocaína...
  - Grupos orientados al desarrollo personal y social: Habilidades sociales, resolución de conflicto, ocio y tiempo libre...
  - Grupos orientados al empleo: pre- laborales, habilidades laborales y de mantenimiento del empleo...

# 14 Aportaciones del psicólogo en la inserción sociolaboral en drogodependencias

Manuel López Herranz  
 Psicólogo del CAID de Móstoles - Agencia Antidroga - Comunidad de Madrid



## Evaluación

### Ámbitos de integración sociolaboral

PROCESOS	SANITARIO	LEGAL	FAMILIAR	AMISTAD	SOCIO	LABORAL
SITUACIÓN ACTUAL						
LOS ANTECEDENTES						
CONOCIMIENTOS Y APTITUDES						
HABILIDADES Y ACTITUDES						
MOTIVACIONES/ INTERESES						

## Intervención

### Ámbitos de integración sociolaboral

PROCESOS	SANITARIO	LEGAL	FAMILIAR	AMISTADES	OCIO	LABORAL
ACTUACIONES			■			■
BÚSQUEDA			■		■	■
INCORPORACIÓN		■	■	■	■	■
APOYO / HABILIDADES	■	■	■	■	■	■

### Intervención por ámbitos

PROCESOS	ÁMBITO SANITARIO
ACTUACIONES	Tratamiento Seguimiento Prevención
BÚSQUEDA	
INCORPORACIÓN	Atención Primaria Atención Especializada
APOYO / HABILIDADES	Relación con instituciones

### Intervención por ámbitos

PROCESOS	LEGAL
ACTUACIONES	• Actualización situación legal
BÚSQUEDA	
INCORPORACIÓN	• Libertad • Prisión (Manejo de Ansiedad, normas, comunicación, etc.)
APOYO / HABILIDADES	• Habilidades de comunicación (p.e. Juicio)

## Intervención por ámbitos

PROCESOS	FAMILIAR
ACTUACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia familiar</li> <li>• Terapia de pareja</li> <li>• Relación con hijos</li> </ul>
BÚSQUEDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De pareja</li> </ul>
INCORPORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retomar relación con padres, hijos, expareja, etc.)</li> </ul>
APOYO / HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de comunicación y Asertivas</li> <li>• Negociación, Resolución Problemas</li> </ul>

## Intervención por ámbitos

PROCESOS	AMISTADES
ACTUACIONES	
BÚSQUEDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas amistades</li> <li>• Nuevos contactos sociales</li> </ul>
INCORPORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos Grupos sociales</li> <li>• Antiguos amigos no consumidores</li> </ul>
APOYO / HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de comunicación y de relación</li> </ul>

## Intervención por ámbitos

PROCESOS	OCIO
ACTUACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar</li> </ul>
BÚSQUEDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijación de Metas</li> </ul>
INCORPORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos informales</li> <li>• Asociaciones, etc.</li> </ul>
APOYO / HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de comunicación</li> <li>• Actuación en grupos</li> </ul>

## Intervención por ámbitos

PROCESOS	LABORAL
ACTUACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar</li> <li>• Formar</li> <li>• Preparación a la adaptación al puesto</li> <li>• Preparación para el Trabajo en Grupo</li> </ul>
BÚSQUEDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación</li> <li>• Identificación de aptitudes</li> <li>• Preparación para la entrevista de trabajo</li> </ul>
INCORPORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiguo trabajo</li> <li>• Nuevo trabajo</li> </ul>
APOYO / HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HH. De Comunicación</li> <li>• Resolución de Problemas y Toma de Decisiones</li> <li>• Fijación de Metas</li> </ul>

## El diseño psicológico

### PROCESOS PSICOLÓGICOS

MOTIVACIÓN  
(Abstinencia, cambio, Integración)

AUTOCONTROL  
(Prevención de Recaídas, Capacidad de Autogestión, Autointervención)

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

MANEJO DE LA ANSIEDAD

HH. SOCIALES Y ASERTIVAS

## El diseño psicológico

PROCESOS PSICOLÓGICOS	SANITARIO	LEGAL	FAMILIAR	AMISTADES	OCIO	LABORAL
MOTIVACIÓN (Abstinencia, cambio, Integración)	■	■	■	■	■	■
AUTOCONTROL (Prevención de Recaídas, Capacidad de Autogestión, Autointervención)	■	■	■	■	■	■
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	■	■	■	■	■	■
MANEJO DE LA ANSIEDAD	■	■	■	■	■	■
HH. SOCIALES Y ASERTIVAS	■	■	■	■	■	■

## El diseño psicológico

- Conseguir habilidades básicas
- Extensibles a cualquier contexto
- Ejemplificar con los ámbitos más relevantes
- Generalizar al resto

## Intervención interdisciplinar

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemplar todas las dificultades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de desacuerdo en objetivos, métodos o prioridades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver todas las posibilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda por el usuario de errores, confrontaciones o resquicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar todas las soluciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de burocracia (citas, procedimientos, etc.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor potencia: fuerzas múltiples aplicadas a un punto de concentración (vencer resistencias, búsqueda de soluciones).</li> </ul>	



# 15 Interdisciplinariedad en la inserción sociolaboral de drogodependientes

Marife Brasal  
Terapeuta ocupacional  
CAD San Blas - Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid-Salud

## Hacer y ocupación

---

- a) A V D
- b) Disfrute
- c) Trabajo

## M O H

---

- Modelo de ocupación humana  
(Gary Kielhofner)

### MOH (Modelo de ocupación humana)

- Volición
- Habitación
- Capacidad de desempeño

### Volición

Def: Motivación por la ocupación

### ¿Qué influye en la volición?

- Físico
- Psicológico
- Social

### Volición

- **Sentido** de eficacia o capacidad personal
- **Valor** que se da a lo que uno hace
- **Satisfacción** que uno experimenta al hacer cosas

La **volición** se plasma en la amplia gama de pensamientos y sentimientos que tienen las personas acerca de las cosas que:

- Han hecho
- Estan haciendo
- Podrian hacer

### Habitación

- Definición: repetición de comportamientos en ciertos contextos:
  - Temporales
  - Físicos
  - Socioculturales

### Habitación

- Hábitos
- Roles

### Capacidad de desempeño

Def. capacidad para realizar acciones

## SCAFA 1982

---

- En los problemas de alcohol se sustituye la capacidad de disfrute de hacer cosas por el placer inducido.

## Cambio

---

- Exploración
- Competencia
- Logro

## Métodos

---

- Evaluación estructurada
- Evaluación no estructurada
- Métodos mixtos-combinados

### Evaluación estructurada

#### Características

- Protocolo especificado para el uso, que incluye formas para registrar, dar puntaje y comunicar la información recogida.
- Evidencia de que la evaluación es fiable.
- Base formal para interpretar la información que recogen.

## Evaluación no estructurada

### Características

- Observación
- Entrevista - conversación

## OPHI-II Entrevista historica del desempeño ocupacional

---

### Autores

Gary Kielhofner, Trudy Mallison, Carrie Crawford, Meika Nowak, Matt Rugby, Alexis Henry, Deborah Walens, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago 1998

## OPHI-II

---

- Entrevista semiestructurada
- Escalas de calificación
- Narración de la historia de vida

## Entrevista semiestructurada

---

### Características

- Elecciones de actividades-ocupación
- Eventos críticos en la vida
- Rutina diaria
- Roles ocupacionales
- Ambientes de comportamiento ocupacional

## Escalas de calificación

---

- Escalas de identidad ocupacional
- Escalas de competencia ocupacional
- Escalas de ambientes de comportamiento ocupacional

### Escala de identidad ocupacional

- Tiene metas personales y proyectos
- Identifica un estilo de vida ocupacional deseado
- Espera éxito
- Acepta responsabilidades
- Es consciente de sus limitaciones y habilidades
- Tiene compromisos y valores
- Se reconoce a si mismo y tiene obligaciones
- Tiene intereses
- Se siente efectivo en el pasado
- Encuentra significado-satisfacción en el estilo de vida
- Hizo elecciones ocupacionales

### Escala de competencia ocupacional

- Mantiene un estilo de vida satisfactorio
- Cumple con las expectativas de los roles
- Trabaja en dirección a sus metas
- Esta satisfecho con su desempeño ocupacional
- Organiza su tiempo para sus responsabilidades
- Participa y tiene intereses
- Cumplió con las expectativas de los roles
- Mantuvo hábitos (en el pasado)
- Logró satisfacción (en el pasado)

### La escala de comportamiento ocupacional

#### Características

- Formas ocupacionales de vida hogareña
- Formas ocupacionales de rol productivo
- Formas ocupacionales de diversión
- Grupos sociales de vida hogareña
- Grupos sociales de rol productivo
- Grupos sociales de diversión
- Espacio físico, objetos y recursos de vida hogareña
- Espacio físico, objetos y recursos del rol productivo
- Espacio físico, objetos y recursos de diversión

### Narración de la historia de vida



