



TRABAJO DE FIN DE GRADO

DOBLE GRADO EN RRLY Y RRHH + TRABAJO SOCIAL

CURSO ACADÉMICO 2024/2025

CONVOCATORIA SEPTIEMBRE

**LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON
DROGODEPENDENCIA: ANÁLISIS DESDE EL TRABAJO SOCIAL DE
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN SOCIOLABORAL EN PERSONAS CON
ADICCIONES.**

Autor: Paula Valle Pérez

DNI: 50249193N

Tutora: Silvia Emma Giménez Rodríguez

En Madrid, a 28 de septiembre de 2024

Resumen

El trabajo gira en torno a la conceptualización de la drogodependencia y su vinculación con la empleabilidad de las personas que se encuentran atravesando un proceso de tratamiento contra la adicción, debido a las dificultades que entrañan respecto al mercado laboral y la vulnerabilidad que presenta este colectivo, en este análisis se pretende analizar los elementos principales de la drogodependencia, para posteriormente relacionar los trastornos adictivos con el empleo.

La heterogeneidad del colectivo de personas con adicciones implica que el proceso sea complejo debido a la necesidad de individualización de este, no existen dos procesos de inserción laboral similares a pesar de que aparentemente dos personas tengan circunstancias similares o consuman la misma sustancia. Además, las consecuencias del consumo provocan que se dificulte aún más la intervención por parte de los equipos profesionales, ya que la falta de motivación, repercusiones cognitivas, deterioro físico y psicológico generan mayor vulnerabilidad.

Las intervenciones desde el trabajo social con relación al mercado laboral con los usuarios de recursos destinados al tratamiento contra las adicciones suelen partir desde un mismo lugar, un previo análisis de las características y circunstancias de las personas para poder establecer un plan de acción lo más individualizado posible. Gran parte de las intervenciones en este ámbito tienen en común los denominados "Itinerarios de Inserción Individualizados", herramienta de trabajo donde se acuerdan los pasos a seguir en atención al área de empleo e inserción.

Palabras clave: drogodependencia, empleo, inserción, adicción, empleabilidad.

Abstract

The work revolves around the conceptualization of drug dependence and its connection to the employability of people undergoing addiction treatment. Given the challenges posed by the labor market and the vulnerability of this group, this analysis aims to examine the main elements of drug dependence, , in order to subsequently relate addictive disorders to employment.

The heterogeneity of the group of people with addictions means that the process is complex due to the need for individualization. No two employment insertion processes are the same, even if two people appear to have similar circumstances or consume the same substance. Additionally, the consequences of substance use make it even more difficult for professional teams to intervene, as lack of motivation, cognitive repercussions, and physical and psychological deterioration generate greater vulnerability.

Interventions related to the labor market for users of resources aimed at addiction treatment usually start from the same point: a preliminary analysis of the characteristics and circumstances of individuals to establish a highly individualized action plan. Many interventions in this field share the use of "Individualized Insertion Itineraries," a working tool where steps are agreed upon regarding employment and insertion.

Key words: Drug dependence, employment, integration, addiction, employability

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2. OBJETIVOS.....	5
1.3. METODOLOGÍA	6
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	6
2.2. MARCO NORMATIVO	11
2.3. ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DE LA DROGODEPENDENCIA.....	14
2.4. EMPLEO COMO VÍA DE INSERCIÓN SOCIAL	19
2.5. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LAS DROGODEPENDENCIAS	26
III. ANÁLISIS DE PROPUESTAS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN ESPAÑA.....	29
3.1. PROYECTO INSOLA (ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE).	29
3.2. PLAN DE ADICCIONES AYUNTAMIENTO DE MADRID 2022-2026 (AYUNTAMIENTO DE MADRID).....	33
3.3. GUÍA DE ORIENTACIÓN SOCIOLABORAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN- PROYECTO MACADAM (ASOCIACIÓN PROGESTIÓN)	37
3.4. INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES: PROPUESTA Y PUESTA EN PRÁCTICA DE UN MODELO (CRUZ ROJA)	42
3.5. COMPARATIVAS PROPUESTAS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL	48
IV. CONCLUSIONES.....	50
V. BIBLIOGRAFÍA.....	52
VI. WEBGRAFÍA	56

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. ÁMBITOS DONDE OPERA LA EXCLUSIÓN	10
ILUSTRACIÓN 2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CRUZ ROJA	46

I. INTRODUCCIÓN

El colectivo de personas con drogodependencia es uno de los más vulnerables y con más dificultades de integración una vez haya cedido el consumo, es por ello, por lo que se requiere de investigación para averiguar causas, consecuencias y factores de riesgo entre otras, para así poder dar un tratamiento más acorde al mismo tiempo que individualizado.

A pesar de que el consumo de drogas se remonta a la Antigüedad en muchas culturas, hoy, existen muchas variedades que las convierten en más accesibles e incluso, peligrosas. Una de las formas más importantes para abordar esta pandemia es la prevención, siendo una necesidad elaborar programas y planes en este aspecto y al mismo tiempo, llevar a cabo intervenciones multidisciplinares adecuadas, ya que, la problemática de las drogas que preocupa a la sociedad es debido a la afectación en muchas esferas de la vida de la persona (Gutiérrez et al., 2020).

La literatura existente acerca de las drogodependencias ha pasado de concentrarse en la perspectiva biológica a investigar sobre otros factores que inciden en el consumo y se han de tener en cuenta durante el tratamiento como son el entorno social, familiar, empleo... (Cueto et al., 2023). El Instituto de Adicciones considera clave la promoción de la integración laboral, posee un Servicio de Orientación laboral creado en el año 2004 y cabe mencionar su colaboración con la Agencia para el Empleo de Madrid desarrollando iniciativas de manera conjunta, como son los talleres de empleo (Ayuntamiento de Madrid, 2024). Es decir, la perspectiva sociolaboral como mecanismo de integración social del individuo con problemas de adicción es una parte importante del tratamiento de los individuos con drogodependencia.

Tradicionalmente se ha hecho uso de un modelo concreto basado en el cese del consumo en vez de tratar de incorporar el resto de las áreas afectadas por la dependencia o previa a esta, el patrón que se solía utilizar era desintoxicar-deshabituar-reinsertar. Actualmente las actuaciones de la intervención con personas con drogodependencia incorporan la disminución de los riesgos vinculados al consumo, se interviene teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada persona y son los profesionales quienes tienen que adaptarse a los individuos en vez de al revés (UNAD, 2005).

El eje formativo-laboral es parte de los Protocolos de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Adicciones en el Ayuntamiento de Madrid, por lo que la figura del trabajador social será imprescindible a la hora de aplicar planes de integración sociolaboral, ya que, uno de los objetivos de la profesión es la potenciación de las capacidades de las personas para que sean ellos mismos quienes puedan responder correctamente a los problemas que vayan surgiendo durante el ciclo vital, es decir, aplicado a la materia que nos ocupa, se tratará de que los individuos desarrollen autonomía para la gestión de sus recursos y la consecución y mantenimiento de un empleo (Instituto de Adicciones 2012; Losada et al., 1995).

La Asociación Proyecto Hombre (2019), dedicada al tratamiento, rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con problemas de adicciones desde hace cuarenta años. Aplica un modelo de tratamiento completo, tratando la dependencia desde la esfera sanitaria, psicológica, familiar, social y formativo-laboral. Entendiendo que la inserción sociolaboral es decisiva para la integración total en la sociedad y comenzando este proceso cuando el individuo víctima de la adicción empieza su tratamiento en Proyecto Hombre (Presencio, 2019).

1.1. Justificación

En la sociedad actual existen colectivos estigmatizados por tener determinadas características individuales o haber atravesado dificultades que los han llevado a situaciones de aislamiento. Minorías étnicas, personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad, personas con drogodependencias o que en el pasado tuvieron adicciones, entre otros, son colectivos vulnerables de prejuicios y estigma en la sociedad. El estigma de la sociedad conlleva sufrir desventajas o ser más vulnerable ante ciertas situaciones. Los colectivos más estigmatizados tienen más dificultades para adaptarse y competir en el mercado de trabajo, debido a que se tiene la creencia de que no son tan productivos en un mercado laboral cada vez más competitivo (Medina, 2015). Estas son problemáticas sociales presentes que requieren de la continua búsqueda de respuestas que se adapten a la actualidad.

La necesidad de seguir estudiando la problemática y continuar proponiendo nuevos métodos a través de propuestas de intervención o actuaciones más innovadoras nace de los datos acerca de la relación entre la drogodependencia y el empleo. La información recogida por el Observatorio en 2021 muestra que el 60% de los hombres y el 74% de las mujeres atendidas en la Asociación Proyecto Hombre no tenían empleo y que el 46% de los hombres y el 61% de las mujeres habían perdido su trabajo antes de recurrir a algún centro de Proyecto Hombre (Asociación Proyecto Hombre, 2023).

A pesar de que cada vez más recursos incorporan servicios integrales de reinserción sociolaboral y empleabilidad, es común que, en la mayor parte de los planes de tratamiento, no se plantee hasta la última fase de tratamiento cuando el consumo y la adicción hayan desaparecido, siendo necesario elaborar itinerarios que desde un principio se presente con vistas a un futuro y de esa manera, prevenir recaídas (Rodríguez, 2007).

Las adicciones a sustancias suelen llevar aparejado aislamiento y pérdidas de las principales redes de apoyo, entre las que se encuentra el empleo, es por lo que la mayoría de los recursos tanto públicos como privados incorporan a la intervención actuaciones dirigidas a la inserción sociolaboral a partir de diseños de itinerarios y propuestas de intervención, herramientas básicas para individualizar y personalizar la atención e incrementar las expectativas de empleo y la empleabilidad. La elaboración de una propuesta de intervención sociolaboral como objetivo del presente trabajo busca a través de una previa revisión de la bibliografía, el diseño de un plan de intervención individualizado adaptándose a la realidad del colectivo de personas con adicciones de los Centros de Atención a las Adicciones.

La investigación en el ámbito del Trabajo Social continúa siendo un reto, es fundamental continuar ahondando en la creación de conocimiento sobre las drogodependencias desde diferentes enfoques, y de esa manera, las respuestas, metodologías y técnicas de intervención serán más amplias, una mayor investigación teórica en la esfera social implica una mejora en la calidad de la práctica profesional a través de la innovación y la adaptación a la demanda de los recursos existentes y sus usuarios (Rodríguez et al., 2019).

1.2. Objetivos

General

Analizar los conceptos vinculados con la drogodependencia e inserción sociolaboral del colectivo de personas con adicciones a través de las aportaciones de autores y entidades especializadas en el campo de estudio, para posteriormente poder apreciar la aplicación real y

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

práctica en una serie de propuestas de inserción sociolaboral en España y realizando una comparativa final entre ellas.

Específicos

- Conocer la situación actual y los antecedentes de las adicciones en España.
- Comprender las dificultades de inserción laboral de las personas con drogodependencia.
- Vincular el consumo de sustancias y la empleabilidad del individuo.
- Analizar el factor del empleo como vía para la inserción social.
- Conocer la figura del trabajador social en el ámbito de la orientación sociolaboral
- Investigar acerca de cuáles son los recursos existentes actuales que aborden la integración sociolaboral del colectivo de individuos drogodependientes.
- Realizar un análisis a través de programas y proyectos de inserción sociolaboral en materia de drogodependencia, las actuaciones más habituales por parte de entidades públicas y privadas, con una posterior comparativa para analizar las diferencias y similitudes existentes desde la perspectiva del trabajo social.

1.3. Metodología

Tras una revisión bibliográfica acerca de la materia que nos ocupa, incorporando investigaciones previas de otros autores, se ha llevado a cabo un análisis de cuatro propuestas de inserción sociolaboral en España, con el objetivo de profundizar en el ámbito de la integración laboral y social y poder apreciar la aplicación práctica de lo analizado previamente en el estado de la cuestión.

Se ha escogido una metodología de tipo cualitativo a través del estudio de cuatro propuestas españolas de diferentes entidades (tres entidades privadas y un plan perteneciente al Ayuntamiento de Madrid), debido a que el tema elegido es complejo para analizarlo simplemente a partir de unas cifras. Además, la metodología de carácter cualitativo es la más escogida en trabajos de investigación del ámbito social.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptualización

2.1.1. Drogodependencia

Es complicado poder dar una definición concreta de drogodependencia debido a las perspectivas que ha tenido el concepto, existiendo numerosas definiciones y que han evolucionado en el paso de los años. Estas definiciones se pueden clasificar en tres grupos: definiciones descriptivas, en las que solamente se describe la sintomatología, por lo que se puede decir que adopta una perspectiva más biológica, ejemplo de ello pueden ser las dadas por el Manual de Diagnóstico DSM. Otro tipo de definiciones son las que se relacionan con teorías biológicas, psicológicas y sociales del comportamiento de las personas, es decir, tratando de vincular el abuso con ciertos desencadenantes o factores de riesgo psicológicos, sociales, biológicos, entre otros. Y por último, encontramos las definiciones alternativas, según la cual la persona puede abusar de determinadas sustancias por la liberación que siente al crear una nueva identidad donde ya no siente ansiedad, enfado, vulnerabilidad, ni otras emociones negativas, a pesar de que posteriormente los estados emocionales negativos de la persona se

multiplican cuando se eliminan los efectos, por lo que la persona cada vez sentirá más necesidad de consumir para sobrellevar las situaciones (Stocco, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (1964) definió el término de drogodependencia como el “Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por el deseo de continuar consumiendo la droga, ir incrementando la dosis, dependencia física y psicológica, además tener efectos negativos para el individuo y para la sociedad”.

Si hablamos de drogodependencia es necesario estudiar los términos abuso, hábito y dependencia, ya que suelen confundirse y es por ello por lo que vamos a matizarlos, el abuso es definido como el consumo de drogas que dañe o tenga la finalidad de dañar la salud física, mental o social de una persona, es decir, el abuso hace referencia a la utilización no adecuada de sustancias por la cantidad, por la frecuencia o finalidad. Mientras que el hábito es la costumbre de consumo de una droga por la adaptación a los efectos, sin que haya una necesidad vital de consumo, ni se necesite incrementar la cantidad por la tolerancia creada, y es en este último aspecto en lo que se diferencia del abuso y de la drogodependencia (Guerra, 2010).

2.1.2. Clasificación drogas

Al igual que el concepto de drogodependencia, se han agrupado las drogas de maneras muy distintas durante el curso de la historia, pero analizaremos brevemente estas dos divisiones: Según los efectos sobre el sistema nervioso central y drogas duras y blandas, según el efecto sobre el sistema nervioso central encontramos las depresoras, las cuales vuelven más lenta la actividad del sistema nervioso y llevan a estados de relajación y somnolencia, en esta categoría incluimos a los opiáceos, en la misma clasificación se hallan las drogas estimulantes, que de manera contraria a las depresoras, provocan que el sistema nervioso central se vuelva más activo, por ejemplo, la cocaína. La última tipología de esta categoría son las drogas alucinógenas, que en vez de activar o ralentizar el sistema nervioso central, lo alteran, encontrándose en este tipo el LSD (Junta de Andalucía, 2024).

La clasificación de las drogas según duras y blandas es una de las más empleadas, a pesar de que esta división puede provocar la creencia, sin ser cierta, sobre todo entre los adolescentes y más jóvenes, que las drogas blandas no son peligrosas y cuya consumición no acarrea consecuencias (Granada Proyecto Hombre, 2017). De hecho, esta clasificación es más social, que científica. El alcohol, considerándose como una droga blanda provoca la muerte de 25.000 personas al año. Francisco Pascual, presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y otras toxicomanías, afirma que esta división no debe ser utilizada en la actualidad por los investigadores por la ausencia de fiabilidad científica, además, asegura que la agrupación en drogas duras y blandas fue útil en las últimas décadas del siglo XX cuando la heroína iba de la mano de problemas sociales y patologías que se contagiaban por el propio consumo (El Diario, 2017).

2.1.3. Tipos de dependencia

En el presente trabajo mencionaremos la dependencia física, la cual es más relevante en el ámbito sanitario, la dependencia psicológica, y la más acorde a la profesión del trabajo social, la dependencia social, no tan presente en la literatura como puede ser la dependencia física o psicológica.

La dependencia física tiene que ver con el organismo y la necesidad de tener ciertos niveles de sustancia en él. Dentro de la dependencia física encontramos dos componentes, la abstinencia y tolerancia, la abstinencia es la sintomatología que tiene la persona que ha ingerido una determinada cantidad de droga cuando el consumo ha parado, por ejemplo, malestar general, fiebre, sudoración, incremento del ritmo cardíaco, etc. Sensación que variará en función del tipo de droga consumida, incluso, las personas con adicción al tabaco experimentan un proceso de abstinencia cuando dejan el tabaco. Los efectos de la abstinencia suelen ser los contrarios a los producidos por la sustancia consumida. La tolerancia está relacionada con la necesidad que tiene el organismo de incrementar la dosis de la droga por haberse “acostumbrado” al efecto generado (Díaz del Mazo, et al., 2008).

En cuanto a la dependencia psicológica, está relacionada con la necesidad de consumir una droga por las sensaciones positivas que produce, como puede ser la euforia y huir de las sensaciones negativas cuando cesa el consumo, lo que engloba a la abstinencia. Estos dos motivos que generan la dependencia psicológica actúan como refuerzo, es decir, la “recompensa” que se produce para la persona cuando experimenta los efectos de las drogas al momento de consumirlas hace que el individuo sienta la necesidad de volver a consumir, esto sería un refuerzo positivo, mientras que el refuerzo negativo abarcaría la necesidad de consumir para evitar esas sensaciones negativas que conlleva la abstinencia. Resumiendo, una persona empieza a consumir para probar las sensaciones placenteras de la droga y sigue consumiendo para aumentar las emociones positivas y mitigar los efectos negativos del cese. Una vez que la persona está en una situación de drogodependencia, según el conductismo clásico, muchos objetos de su alrededor se volverán estímulos por la interpretación que el individuo le da, como pueden ser agujas, perfumes, una simple botella, e incluso, estímulos sociales, por ejemplo, amistades o salir a la calle. Abandonar la dependencia psicológica es complicado por la manera en que se asumen internamente todos los procesos involucrados en el consumo y dependerá de muchos factores (Martín y Lorenzo, 2017).

2.1.4. Inserción sociolaboral

Según Martínez (2000) “La inserción sociolaboral es un referente claro de la integración en la vida adulta, que posibilita nuevos ámbitos relacionales e independencia económica y personal, al tiempo que ofrece la posibilidad de adquirir una vivienda y formar una unidad familiar”, es decir, la prestación de servicios a través del empleo tiene un rol importante en nuestra ciudadanía e implica más beneficios a parte de la remuneración económica, por ejemplo, una mayor participación en la sociedad, más autonomía, proporciona posición y estatus en algunas situaciones, derechos y redes sociales (Guerrero, 2005).

Entre las consecuencias que suponen la carencia de un empleo están, según Guerrero (2005), el aislamiento, la baja autoestima, pérdida de recursos económicos, disminución de las condiciones de vida y de la cualificación, además de una mayor vulnerabilidad y precariedad. El desempleo alargado en el tiempo puede causar exclusión social.

La dependencia a determinadas sustancias conlleva la disminución de habilidades sociales y laborales a causa del aislamiento, la pérdida de redes sociales y de apoyo, viéndose afectadas las dimensiones económicas, sociales, personales y familiares. Es por ello por lo que las actuaciones en casos de problemas de consumo no solo se deben limitar a la perspectiva médico-psiquiátrica, si no que se ha de incorporar una intervención más integral, integrando itinerarios de orientación sociolaboral para la adquisición o potenciación de habilidades laborales (Mancho, 2018; Fundación Atenea, 2007; Fundación Tomillo, 2003). Además, se ha constatado que las personas que poseían un trabajo tras la finalización del tratamiento era menos

probable su recaída en el alcohol que los individuos que tenían más tiempo libre, pudiendo utilizar el ocio para el consumo. Esta concepción se podría extrapolar a otros tipos de sustancias (Walton et al., 2003).

La participación en el mercado laboral además de conllevar beneficios de integración social, ocupacional y participación en la comunidad permitirá que el individuo goce de una remuneración por la prestación de servicios que le facilitará la salida de la exclusión económica que sufre, siendo el eje económico un factor fundamental para determinar la posición de inclusión/exclusión en la sociedad. La integración social a través del empleo dotará de una mayor autoestima, mejora de la autonomía y el acceso a recursos de tipo social y comunitario (García, 2007).

La motivación, el acompañamiento, formación, diseño de itinerarios individualizados, incorporación de las familias y apoyos complementarios, la capacitación profesional y el seguimiento y las evaluaciones son aspectos clave en todo proceso de inserción (Agencia Antidroga, 2007). Guerrero (2005) habla de tres tipos de acciones para la inserción, de formación, empleo y mixtas, donde en esta última se aúnan acciones de los dos tipos. La mayoría de los itinerarios de inserción sociolaboral comienzan con un proceso de formación para continuar con actuaciones focalizadas en el empleo, por ejemplo, mediante la colaboración con agencias de colocación o empleo.

La mayoría de los recursos y centros públicos y privados de atención a la drogodependencia incorporan ya programas propios de orientación e inserción sociolaboral, focalizándose no solo en el cese del consumo si no en la importancia de la participación en la sociedad y con su entorno con un enfoque multidisciplinar (Agencia Antidroga, 2007).

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 asegura la necesidad de reinserción laboral y el mantenimiento de relaciones laborales en la medida de lo posible durante el tratamiento mediante la intervención en coordinación con otros servicios, no solo en lo referente al empleo si no también en cuanto a educación, salud, vivienda... Haciendo hincapié en que las personas con problemática de consumo suelen tener otros riesgos asociados, que prolongados en el tiempo pueden generar situaciones de exclusión social (Barba et al., 2013).

2.1.5. Exclusión social

Autores como Castel (2004) han llegado a la conclusión de que el concepto de exclusión social va más allá de “estar dentro o fuera” de los ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano, si no que, bajo su opinión, se corresponde de mejor manera como un proceso o recorrido, en el que la persona puede pasar de tener factores de vulnerabilidad en su entorno social o en el trabajo a un completo aislamiento en la sociedad o la pérdida total de un empleo, es decir, el proceso de exclusión social es dinámico y no estático, no se trata de una situación concreta, es más, suele caracterizarse por ser un proceso en el que de manera progresiva el individuo va separándose de los principales ámbitos en los que cualquier persona se suele desarrollar. Para Castel la exclusión social tiene como bases la inserción laboral y las relaciones con el entorno social (ej. Familia). Por lo que es necesario hablar de exclusión social en un trabajo en el que se pretende analizar la inserción sociolaboral de personas con drogodependencia, un colectivo que debido a las consecuencias que produce el consumo suele quedar aislado de la sociedad, afectando de manera progresiva a sus relaciones sociales y al empleo (Castel, 1995; Castel, 2004).

Tezanos, autor que también ha llevado a cabo investigaciones acerca del concepto de exclusión social, coincide con Castel en que el término de exclusión social se enmarca en un

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

proceso caracterizado por varios niveles, desde un nivel total exclusión hasta la integración social completa. El grado de inclusión o exclusión de un individuo suele depender de la combinación de una serie de factores, por ejemplo, económicos, sociales, laborales, personales.... Es decir, en el caso de una persona con problemas de adicción, un usuario de un programa de deshabitación y reinserción social puede encontrarse en un lugar más cercano a la integración sociolaboral si posee apoyo familiar, relaciones sociales sólidas o formación y amplia experiencia en un sector concreto que otra persona que a pesar de consumir el mismo tipo de sustancia y encontrarse en el mismo proceso de intervención y tratamiento, no tiene esos mismos factores positivos que pueden ayudar a que la intervención sea menos compleja (Tezanos, 1999).

Paugam (1996) es otro de los autores que considera que los dos principales vínculos de inclusión-exclusión son el empleo y las relaciones sociales.

El empleo es uno de los ejes y dimensiones del concepto de exclusión social, la ausencia de un trabajo asalariado supone la pérdida de ingresos, repercutiendo este factor en una desvinculación en el entorno y en muchos casos, con la consecuencia de disminuir la satisfacción de necesidades básicas del ser humano. No solo es la ausencia de empleo la que es factor de exclusión social, si no también, la presencia de precariedad laboral de un mercado de trabajo cada vez más segmentado, en el que las situaciones de pobreza se extienden a personas que poseen un empleo, pero dadas las características de este, sigue siendo un factor principal de exclusión social (Universidad Autónoma de Barcelona, 2006).

Ilustración 1. Ámbitos donde opera la exclusión

Ámbitos donde pueden desencadenarse procesos de exclusión y Factores principales que operan en cada ámbito							
Ejes de desigualdad	Económica	Laboral	Formativa	Socio-sanitaria	Residencial	Relacional	Política / ciudadanía
	-Pobreza	-Desempleo	-No escolarización	-No acceso al sistema sanitario	-Sin techo	-Deterioro de las redes familiares	-No acceso a la ciudadanía
	-Dificultades financieras	-Subocupación	-No acceso a la EO integrada	-Adicciones y enfermedades relacionadas.	-Infravivienda	-Escasez o debilidad de redes familiares	-Acceso restringido a la ciudadanía
	-Dependencia de las prestaciones sociales	-Precariedad laboral	-Analfabetismo funcional	- Enfermedades infecciosas, trastornos mentales, discapacidades, otras enfermedades crónicas que provocan dependencia.	-Acceso en precariedad	-Escasez o debilidad de redes de proximidad	-Privación de derechos por proceso penal
		-Descualificación	-Bajo nivel formativo	- Enfermedades relacionadas con malas condiciones de vida y contaminación.	-Viviendas en malas condiciones		-No participación política y social
		-Imposibilitación	-Fracaso escolar		-Habitabilidad en malas condiciones		
			-Abandono		-Espacio urbano degradado		
			-Barrera lingüística				

Fuente: Universidad Autónoma de Barcelona

Según Subirats (2004), la pérdida de empleo tiene consecuencias más allá de la disminución de ingresos, y es que, el empleo es fuente inevitablemente de socialización. E incluso, un estudio de la Fundación Atenea (2015) afirmaba que algunas personas entrevistadas habían sufrido recaídas o incremento del consumo a causa de la falta de trabajo, es decir, el empleo en personas con adicción es de igual manera un elemento socializador y la ausencia de

este, provoca una barrera con la sociedad y procesos de exclusión social. Uno de los entrevistados manifestaba: “Porque yo, hombre, si hubiera tenido mi trabajillo yo creo que no había llegado a esa situación, porque ya te digo, yo estaba muy bien, y te vas a tu trabajo, pues tal”.

En el estudio ya mencionado de la Fundación Atenea (2015), denominado “Barreras a la inclusión social de la población drogodependiente cronicada”, se hace eco de que en el caso del consumo son muchos ámbitos y factores que pueden desembocar en el proceso de exclusión social, desde el económico, con ingresos irregulares o deudas a causa del gasto económico por la compra de sustancias entre otros, el laboral, por la precariedad, falta de formación o experiencia laboral o incapacidad a causa de los problemas de salud que ha provocado el consumo, al ámbito socio-sanitario por la presencia de trastornos de salud mental u otros problemas físicos. El ámbito relacional también es factor desencadenante de exclusión social por trastornos adictivos, no son pocas las relaciones familiares y sociales que se han desestabilizado o incluso, la inexistencia de estas. Los prejuicios y el estigma son factores que dificultan la integración social en personas con drogodependencia, es decir, estaríamos ante causas más estructurales. Además, la ausencia de motivación, emociones negativas o ausencia de habilidades sociales, laborales, etc, básicas puede facilitar el aislamiento en la sociedad. Se dificulta más la integración social y laboral en los casos en los que la persona carece de vivienda o esta no está en condiciones adecuadas.

A modo de conclusión del análisis de un concepto tan estudiado como el de exclusión social, hay que mencionar que estamos ante un término que se reviste de gran complejidad y que va evolucionando a causa de las modificaciones en las dinámicas sociales o familiares. En torno a la exclusión social giran gran cantidad de ámbitos, que en función de que, si sus factores son de protección o de riesgo, puede afectar de manera diferente a dos personas cuyas condiciones o hábitos de consumo son similares.

2.2.Marco normativo

A continuación, mencionaremos normativa de carácter nacional e internacional en materia de drogodependencia. Los preceptos desarrollados en ambos niveles son determinantes a la hora de llevar a la práctica las actuaciones para luchar contra esta lacra.

2.2.1. Ámbito Internacional

- Normativa vinculada a las sustancias y adicciones

Uno de los documentos más recientes a nivel europeo es el Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas (2021-2025). El objetivo final es mejorar la salud física y mental de la sociedad estableciendo un marco político general y priorizando las acciones de la Unión Europea en este ámbito. En la Estrategia sobre Drogas se hace eco de actuaciones en tres niveles, reducir la oferta y demanda de las sustancias causantes de adicciones y afrontar las consecuencias vinculadas con el consumo (Consejo de la Unión Europea, 2021).

Previo al Plan de Acción (2021-2025), se redactó la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020), donde al igual que en el documento más reciente, se determinaron las prioridades y objetivos a seguir durante la segunda década del siglo XXI para la reducción del consumo. Este último se basa en la declaración política y el plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas, elaborado por la Naciones Unidas en el año

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

2009, cuyos ejes fueron la reducción del consumo de drogas, la reducción de la oferta y la lucha contra el blanqueo de dinero para lograr la cooperación internacional (Unión Europea, 2012; UNODC, 2009).

En el 1988, ante el incremento de la oferta y demanda de sustancias ilegales se acuerda la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Drogas Psicotrópicas. La finalidad de la citada convención es hacer frente con mayor eficacia al tráfico de drogas mediante la cooperación de las Partes, incorporando estas las medidas establecidas en la convención (Naciones Unidas, 1988).

Previo al Convenio contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas encontramos el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas del año 1971, destinadas a prevenir y acabar con el consumo de sustancias y el tráfico de drogas, reconociendo la importancia de la unidad y cooperación entre Las Partes para mejorar la salud de la población. En 1961, Naciones Unidas aprobaba la Convención Única sobre Estupefacientes (Naciones Unidas, 1971; Naciones Unidas, 1961).

- **Normativa vinculada a la integración laboral de colectivos vulnerables**

Toda Estrategia emitida por administraciones públicas u organismos internacionales hace referencia a la importancia de no solo enfocar el tratamiento por conductas adictivas en la desintoxicación sino llevar a cabo una atención integral para alcanzar la inserción laboral y social.

En la Prioridad Estratégica seis del Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas (2021-2025) menciona que se debe garantizar el acceso sin discriminación y voluntario a intervenciones integrales para el cese de la adicción, entendiendo la reintegración social como parte de las intervenciones a realizar en personas con drogodependencia, incluyendo el ámbito laboral en ese concepto de reintegración social. Además, se reconoce la necesidad de detectar aquellos obstáculos que impiden la rehabilitación social y recuperación (Consejo de la Unión Europea, 2021).

Si hablamos de igualdad de trato a la hora de acceder y mantener el empleo es necesario mencionar la Directiva 2000/78/CE, que se refiere a la garantía de igualdad de trato en el trabajo y ocupación.

2.2.2. Ámbito Nacional

- **Normativa vinculada a las sustancias y adicciones**

La Constitución Española establece entre sus principios rectores la protección de salud y su atribución a los poderes públicos. Por lo que es competencia del estado y de las comunidades autónomas la promoción, prevención, tratamiento de la salud física y mental, además de prestaciones y servicios sanitarios (Cobas, 2005).

A nivel nacional, es relevante el Plan de Acción sobre Adicciones, donde se determinan las actuaciones y pasos a seguir para lograr los objetivos propuestos, el actualmente vigente es el Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024), contiene acciones respecto a la Prevención, Sensibilización, Atención Integral, Mejora de Conocimiento, Reducción de la Oferta, Coordinación y Cooperación Internacional. El primer Plan Nacional sobre Drogas, ya desarrollado previamente, fue aprobado en el año 1985. Hasta ahora, se han venido elaborando

de manera consecutiva estrategias adaptadas y actualizadas a sus etapas correspondientes (Ministerio de Sanidad, 2024).

Existe normativa referida particularmente a los estupefacientes; por ejemplo, el Real Decreto 1194/2011, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia se considere estupefaciente y preceptos dirigidos a las sustancias psicotrópicas y sustancias químicas catalogadas (Ej. Ley 4/2009, de Control de Precursores de Drogas).

Además de un marco normativo enfocado en planes de acción y clasificación de sustancias, se ha elaborado disposiciones dirigidas a la regulación de la producción, uso, consumo y tráfico lícitos, ejemplo de ello son la regulación del uso racional de medicamentos (Real Decreto Legislativo 1 /2015, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios o el Real Decreto 75/1990, que regula los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos). Se ha incluido legislación sobre regulación de medicamentos sanitarios porque es común su utilización a través de la automedicación creando adicción por la falta de control médico, como ocurre con los medicamentos ansiolíticos o antidepresivos. Importante mencionar la regulación de la producción, uso, consumo y tráfico ilícitos, incluyendo la Ley Orgánica 6/2011, de represión del contrabando o la Ley 33/2011, general de salud pública, en la que se da importancia a la vigilancia de salud pública, prevención y promoción de la salud y bienestar de los ciudadanos, es decir, entendiendo la dependencia a determinadas drogas como un problema del ámbito sanitario, esta norma sería de aplicación (Ministerio de Sanidad, 2024).

En el ámbito autonómico resulta relevante referirse a la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, aprobada por la Asamblea de Madrid. El artículo 1 de la mencionada ley autonómica afirma que “La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad de Madrid, las actuaciones e iniciativas en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, englobando las áreas de prevención, asistencia, integración social, formación y evaluación, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas, ajenas al consumo de drogas y que, por esta causa, pudieran verse afectadas”. La Ley 5/2002 del mismo modo alude a los derechos y deberes de los pacientes con drogodependencia, a las características del sistema de asistencia a los individuos con adicciones y a la necesidad de reducción de la oferta.

- **Normativa vinculada a la inserción laboral de colectivos vulnerables**

En España cada vez existe más normativa dirigida a regular la inserción laboral de los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran las personas que padecen adicciones a sustancias. Establecer directrices y regulaciones ayuda a tener una visión clara acerca de cómo las empresas y la administración pública puede generar puestos de trabajo destinados a los individuos que más dificultades tienen para encontrar un empleo adaptado a sus necesidades y competencias. Ejemplo de ello es la Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de empresas de inserción, en cuyo primer artículo define el objeto de esta norma: “La presente Ley tiene por objeto regular el régimen jurídico de las empresas de inserción y establecer un marco que promueva la inserción laboral de personas en situación de exclusión social a través de este tipo de empresas”. En la Ley 44/2007 se afirma que el objetivo de las personas que logran un empleo a través de las empresas de inserción es alcanzar la inserción general en el mercado de trabajo ordinario, por lo que debe formar y orientar a los trabajadores en todo lo necesario. Desde el Ayuntamiento de Madrid y desde Asociaciones españolas que luchan contra la drogodependencia se mantienen acuerdos de colaboración con empresas de

inserción. Además, la presencia de normativa en la materia tiene utilidad para establecer los procedimientos que se debe seguir para que una persona en situación o riesgo de exclusión social pueda tener un empleo en una empresa de carácter ordinario, partiendo de una previa experiencia en una empresa de inserción. En el artículo dos de la presente normativa se incluye a las personas con trastornos aditivos o drogodependencia que se encuentren en deshabitación o rehabilitación como uno de los colectivos que se puede beneficiar de la contratación en empresas de inserción. En la Ley 44/2007 se mencionan los itinerarios de inserción sociolaboral como herramienta para la intervención en el proceso de integración laboral, en ellos se dejará constancia de los objetivos a lograr y camino a seguir para integrarse en el mercado de trabajo ordinario, es decir, las empresas de inserción pueden considerarse un paso previo a la prestación de servicios en organizaciones de tipo ordinario, donde no se prestan los mismos apoyos que en empresas de inserción y la persona ya tiene que poseer ciertas herramientas, habilidades y competencias.

No se debe olvidar mencionar al Artículo 35 de la Constitución Española, el cual afirma que todo español tiene deber y derecho a un trabajo y a la libre elección de este, además de a una remuneración suficiente para la satisfacción de sus necesidades. Es decir, se debe tratar de potenciar la creación de empleo para facilitar el acceso a los individuos que por ciertas características individuales o por atravesar problemáticas de salud física o mental, como trastornos adictivos, tienen más complicación para la consecución de una integración laboral plena (Art 35, Constitución Española).

En la Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024 en España se recalca la importancia de la inserción laboral para una integración social completa, además, se afirma que es fundamental la atención integral del usuario sin que se focalice exclusivamente en lograr el cese del consumo, si no que la persona consiga un entorno social y una estabilización en todos los ámbitos de su vida entre los que se incluye el ámbito laboral, también, se debe intentar que esa atención para la reinserción laboral y social sea lo más individualizada posible a través de los ya mencionados itinerarios de inserción (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

El Real Decreto 8/2021, de 28 de septiembre, regula los programas comunes de activación para el empleo del Sistema Nacional de Empleo, teniendo la finalidad de establecer medidas para incrementar las posibilidades de acceder al mercado de trabajo de personas desempleadas, haciendo especial hincapié en prevenir el paro de larga duración a través de itinerarios individualizados y llevando a cabo actuaciones dirigidas a colectivos que tengan mayores dificultades para la consecución de un empleo, entre los que se encuentran los colectivos que se reconocen en la Ley 44/2007, donde se incluye a las personas con drogodependencia o trastornos adictivos (Art 4, RD 8/2021).

2.3.Elementos característicos de la drogodependencia

2.3.1. Historia reciente de las drogas en España

Realizaremos un breve recorrido histórico desde la epidemia de la heroína en los años 80 del siglo pasado, cuando se empezó a hablar de las drogas en España como una problemática grave y patológica, hasta lo que ocurre en la actualidad en lo referente al consumo.

- La epidemia de la heroína

La heroína provocó en España multitud de muertes en personas jóvenes durante la década de los ochenta y los noventa, alcanzando su pico de mortalidad a principios de la última

década debido al consumo masivo en los ochenta, considerándose durante esa etapa histórica uno de los principales problemas de la sociedad. Debido a que la heroína se consumía por inyección, muchos individuos se contagiaron del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) lo que provocó aún más fallecimientos (De la Fuente et al., 2006).

A finales de los setenta, ya había entrado la heroína en España, pero no se había convertido ni mucho menos, en el problema de salud pública que llegó unos años después. Se podría afirmar la existencia de tres etapas, la primera, desde el 1977 hasta 1979, cuando aparecieron los primeros consumidores de esta droga con su posterior expansión que alcanzó niveles muy altos durante la segunda etapa, desde 1979 hasta 1982, pero su pico e institucionalización de la problemática no llegó hasta 1983, la tercera etapa, la cual finalizó aproximadamente en el año 1986 debido a que, a partir de ese momento, disminuyó el número de consumidores de heroína, incrementando los fallecimientos debido a las consecuencias del consumo y al ya mencionado antes VIH. Al comenzar la década de los noventa se dejó de considerar el consumo de heroína una epidemia al mismo tiempo que se extendía el consumo de otras drogas, como es el caso de la cocaína. Las principales víctimas de esta peligrosa droga fueron varones nacidos entre 1956 y 1970 con baja cualificación, muchos de ellos sufriendo situaciones de desempleo continuas o incluso, abandonando el mercado de trabajo de manera permanente. A pesar de que hubo consumidores de todas las clases sociales, es cierto que hubo una mayor prevalencia de consumo en áreas con altas tasas de desempleo juvenil o lugares con menor acceso a recursos (Gamella, 1999).

- **Plan Nacional Sobre Drogas de 1985**

En el año 1985 se elabora el primer Plan Nacional sobre Drogas ante un contexto preocupante y la ausencia de cifras estadísticas reales. En el referido plan se sobrentiende la prioridad dada al consumo de heroína sin dejar de lado que la cocaína ya está empezando a tener más notoriedad en la población, afirmando que con esta droga se tiene más facilidad para ocultar su consumo debido a que las consecuencias no suelen aparecer hasta pasados varios años. En el Plan de 1985 se hace eco de la poca atención sanitaria que reciben las personas con drogodependencia, reduciéndose solo al tratamiento de las consecuencias físicas del consumo, como pueden ser las hepatitis. Se afirma que hasta ese momento los servicios sociales sí que han elaborado programas para la deshabituación de las sustancias. El plan está diseñado de acuerdo con la problemática generada por las drogas ilegales, es decir, se excluye al tabaco y al alcohol, que durante esa época también se estaban llevando a cabo ciertas medidas y programas para frenar su consumo. Los objetivos principales fueron, reducir la oferta y demanda, aminorar la inseguridad y delincuencia callejera, elaborar una red pública de atención para las personas con drogodependencia y la coordinación de las Instituciones Sociales y Administraciones públicas para frenar de manera conjunta la problemática. En este primer plan se da prioridad a la prevención mediante la educación y campañas de sensibilización sobre sustancias y sus efectos con el fin de que no se inicien en el consumo, además de centrarse en la reducción de la oferta con la agravación de penas y la Ley de Estupefacientes y Psicótrpos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

En lo que respecta a la asistencia en este primer Plan Nacional sobre Drogas (1985), se tiene que focalizar en dos ejes, en la abstinencia y la reinserción social, siendo posible adherirse a programas de Metadona debido a la dificultad en muchos casos de lograr la abstinencia por los efectos de esta. Además, el cese del consumo en ocasiones no llevará a la reinserción social ya que muchos de los individuos drogodependientes ya tenían ciertos comportamientos conflictivos, por lo tanto, habrá que ayudar a la persona a diseñar nuevos patrones de comportamiento en su vida. En el presente plan se menciona la necesidad de coordinación de

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

la asistencia sanitaria y salud, la asistencia mediante la derivación de los Servicios Sociales Comunitarios y los hospitales y la necesidad de que las opciones de tratamiento sean diversas.

- **Situación Actual**

Tras hacer un breve recorrido sobre la droga cuyo consumo se convirtió en una epidemia a finales del siglo pasado pasaremos a analizar la situación actual, con bastantes cambios respecto a los tipos de drogas que más se consumen hoy en día.

En el año 2006, las tendencias en el consumo ya se habían modificado, siendo similares los patrones de consumo a los de hoy en día, además, la alarma social estaba disminuyendo. La sustancia ilegal más consumida era el cannabis y las legal, el alcohol, por detrás estaba el tabaco. Es decir, el mismo esquema de los últimos datos en el año 2022, el uso del Cannabis en el año 2006 era mayor a las últimas cifras, el 20,1% había consumido cannabis en el último mes. En la encuesta realizada en ese año, es de destacar la tendencia de los jóvenes al consumo de varias sustancias en ámbitos de ocio, consumiendo en el mismo período alcohol, tabaco y cannabis (Otero, 2005).

En la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas llevada a cabo en la Comunidad de Madrid en el año 2017 se determinó que la droga ilegal más consumida es el cannabis (10% de personas encuestadas consumieron en los últimos treinta días), por detrás del alcohol y el tabaco, ocupando el primer y segundo puesto sucesivamente de sustancias más consumidas debido a la legalidad y normalización de uso. La segunda sustancia de tipo ilegal más consumida es la cocaína, con consumo en el último mes del 1,1%. Por detrás de la cocaína y según la encuesta, drogas más consumidas de manera experimental, son los alucinógenos, el éxtasis, las setas mágicas y las anfetaminas. Es decir, el patrón ha cambiado desde los últimos años del siglo XX (Dirección General de Salud Pública, 2017).

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (2022) determinó que la sustancia ilegal más consumida seguía siendo el cannabis, con datos similares a los de 2017, alrededor del 10% de los encuestados habían consumido en el último mes y la cocaína, ocupa el segundo puesto, de igual manera, con cifras similares al 2017. Las sustancias legales más consumidas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes (Ej. Lorazepam), similar a la encuesta de cinco años atrás (Ministerio de Sanidad, 2023).

2.3.2. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es una característica de una persona que va vinculado con un incremento de la probabilidad de deterioro físico o psicológico (Herrera, 1998).

El consumo de drogas lleva aparejados factores de riesgo multicausales, es decir, no solo se debe atender a la conducta individual de la persona con drogodependencia sino de igual manera a ciertos componentes sociales relacionados con la familia o grupo de iguales, factores psicológicos o incluso biológicos. Esos factores de riesgo identificados en algunos individuos son factores de protección en otros. Por ejemplo, la familia. La falta de estructura familiar es un factor de riesgo y la familia constituida por unos padres atentos a la educación, desarrollo y soporte de sus hijos lo convierte en un factor de protector (López y Rodríguez-Arias, 2012).

- Factores de riesgo relacionados con características individuales

Los factores de riesgo que radican de la propia persona son los más numerosos y en la mayoría de los casos, los más determinantes, debido a que muchos forman parte de la personalidad de la persona, la cual se ha ido forjando desde los primeros años de vida hasta la adolescencia y es por ello por lo que son factores más arraigados. La juventud, la dependencia a la opinión de los demás junto con la incapacidad para poner límites en el grupo social, la falta de habilidades sociales y la dificultad para la toma de decisiones son componentes de riesgo para el consumo, por lo que podemos afirmar que el grupo de iguales que un individuo con todas estas características tenga en la adolescencia y juventud es determinante para iniciarse o no en el consumo. Hay personas que requieren de recompensas inmediatas de las necesidades o, a la hora de enfrentarse a un nuevo reto, necesitan sensaciones de placer inmediatas, esas que las drogas pueden generar en un plazo de tiempo corto si no se tiene suficiente información sobre ellas. Por lo que ambos aspectos, la baja tolerancia a la frustración y desinformación son factores que propician a una persona a tener una dependencia presente o futura a las drogas (Instituto de Adicciones Madrid, s.f). Un individuo con poca información sobre determinadas sustancias hará que probablemente tenga una actitud más positiva sobre las drogas y, por lo tanto, aceptará su consumo (Romero, 1996). La falta de información sobre las sustancias que se encuentran en el entorno de las personas puede modificar la percepción del riesgo del consumo por la imposibilidad para apreciar los efectos negativos (Peñafiel, 2009).

Algunas personas se sienten atraídas por las conductas de riesgo y la búsqueda de experiencias nuevas, por lo que las drogas les pueden proporcionar sensaciones diferentes cuando empiezan a consumirlas, previamente a empezar a experimentar tolerancia y por ende, dependencia (Nadal, 2007).

Según la Clínica Mayo (2023), otros factores de riesgo que desencadenan de la propia persona son la baja autoestima o la sensación de no pertenecer a ningún grupo social y más, en la etapa donde se suele iniciar el consumo, en la adolescencia, cuando se pasa la mayor parte del tiempo libre con los grupos de iguales al convertirse en los principales referentes. La baja autoestima puede vincularse con la dificultad para tomar decisiones, la persona no se siente con la capacidad suficiente para tomarlas o para solventar problemáticas, generando frustración y utilizando la droga como soporte (Kaplan, 1996; Simon et al., 1988).

La falta de autocontrol es otro factor de riesgo individual según Laespada et al (2004). Una persona con autocontrol es capaz de no aceptar el ofrecimiento de una droga debido a que tiene la capacidad de ver los efectos negativos del consumo. La ausencia de autocontrol puede provocar impulsividad, llevando al individuo a no tener en consideración el resto de opciones por no valorar las consecuencias negativas de sus actos (McCown y DeSimone, 1993).

- Factores de riesgo vinculados al contexto social y familiar

La familia es uno de los principales factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias en un individuo en la etapa de la adolescencia y la juventud, que es el momento en los que suele iniciarse el consumo y posteriormente, la dependencia.

Según López y Rodríguez-Arias (2012), algunos factores de riesgo en la familia que convierten a una persona a tener más predisposición para iniciarse en el consumo son, conflictos familiares, consumo de drogas en la propia familia o la ausencia de control o disciplina.

La falta de lazos familiares y comunicación, unido a la ausencia de lazos afectivos son factores de riesgo para el consumo debido a los conflictos familiares y el mal clima familiar en

el hogar, al igual que una familia unida y que comparte tiempo son factores importantes de protección. Tanto la falta de disciplina como el exceso de esta son componentes de riesgo. Cuando en la familia opera una dinámica de normas no flexibles y educación demasiado autoritaria muchos jóvenes tienen la necesidad de incumplir las normas en otros ámbitos, por lo que algunos recurren al consumo como desobediencia de una norma impuesta social y legalmente, en el caso de drogas ilegales (Instituto de Adicciones Madrid, s.f).

Respecto al nivel socioeconómico y educativo de los progenitores como factor de riesgo hay controversia, ya que, algunos estudios, como el de Recio et al. (1992) indican que mayor nivel educativo y socioeconómico de los padres está correlacionado con tener al alcance más dinero para el consumo. Sin embargo, investigaciones como la de Ruiz et al. (1994) afirman que el iniciarse en la toma de sustancias puede ser a causa de la necesidad de los adolescentes y jóvenes de utilizarlo como vía de escape a dificultades económicas, padres en paro o problemas familiares de otro tipo que pueden llevar a conflictos y los conflictos, como hemos hecho mención antes, ser factor de riesgo (Peñañiel, 2009).

Cuando llega la adolescencia, el grupo de iguales va sustituyendo a la familia como primer referente de la persona, por lo que es un momento crítico en la posibilidad de inicio de consumo. Los grupos de iguales actuarán como factor de riesgo o de protección dependiendo su dinámica, es decir, de manera similar a la familia, si el entorno social de una persona consume alguna sustancia, se multiplicarán las posibilidades de que la persona también consuma sin necesidad de que existan otros componentes de riesgo (Caballero-Hidalgo, et al., 2006).

- Factores de riesgo vinculados con el ámbito laboral

Los factores de riesgo que están relacionados con la esfera laboral son considerados factores microsociales, junto a los vinculados con el grupo de iguales, la familia o el colegio/instituto, en el presente caso nos focalizaremos en el ámbito laboral debido a la naturaleza del trabajo. La presencia de factores de riesgo no implica necesariamente que se vaya a desarrollar una adicción, si no que incrementa sus posibilidades, sobre todo, si varias tipologías de factores de riesgo se dan al mismo tiempo. Entre las características que se pueden considerar de riesgo en el área laboral encontraríamos las que se originan a causa de la organización del trabajo (jornadas laborales muy largas, cargas de trabajo intensas que producen estrés...), además, de manera similar, están los relacionados con el puesto de trabajo, por ejemplo, tareas que no producen motivación al ser repetitivas, no obstante, existen ciertos empleos, que por sus características, están en mayor contacto con sustancias (personal sanitario, camarero, trabajadores en salas de ocio nocturno...). En el caso de la esfera laboral, no por encontrarse en la etapa adulta, están exentos de la influencia del ambiente laboral como factor de riesgo, de hecho, es uno de los que reviste de mayor importancia, recordando, que somos seres sociales por naturaleza. Existen ambientes de trabajo que presentan alta competitividad generando presión entre compañeros o bien, presencia de conflictos laborales, inestabilidad en el empleo o entre otras, accesibilidad a sustancias y tolerancia y consumo de drogas en el centro de trabajo. En resumen, el poder de la influencia del ambiente es determinante para el inicio del consumo, sin considerar factores de riesgo aislados como importantes, siendo más relevantes en el caso de que se combinen con otros, por ejemplo, persona joven con altas cargas de trabajo, compañeros y amigos consumidores de cannabis y familia desestructurada tendrá mayor probabilidad que una persona que simplemente presente cargas excesivas de trabajo (Instituto de Adicciones, 2017).

En la esfera laboral o escolar también se producen afectaciones, en el caso de las adicciones en edades más tempranas, se verá reducido su rendimiento escolar por falta de

motivación, disminución de capacidades cognitivas y faltas injustificadas al colegio o instituto. El adolescente se verá envuelto en un bucle de repeticiones de curso y posterior abandono generando una situación de fracaso escolar, si la detección y tratamiento del consumo no se ha llevado a cabo rápidamente tras el inicio del consumo habitual. Ocurre de manera similar en el ámbito laboral, afectando el consumo y sus efectos al rendimiento laboral, absentismo o percances en el puesto de trabajo por estar bajo los efectos de alguna droga, todo ello pudiendo ser causa de despido procedente o en el caso de que no se de, es común que sea la propia persona quien finalice la relación laboral (Moscoso y Titto, 2015).

2.4. Empleo como vía de inserción social

En la sociedad actual, en la que la vida cotidiana gira en gran parte en torno al trabajo, la carencia de empleo o que este sea de tipo precario es un factor importante de exclusión social. El trabajo se convierte en un medio de socialización y, sobre todo, en una fuente de recursos económicos (García, 2007). Percibir unos ingresos inferiores al 60% de la mediana de la renta nacional, la privación material severa derivada de la ausencia de recursos suficientes y la baja intensidad de trabajo son criterios del indicador Arope para determinar si existe o no exclusión social. Por lo tanto, podemos afirmar que el trabajo y los ingresos derivados de la prestación de servicios son factores clave para la participación del ciudadano en sociedad y medio para la integración social (Observatorio Empresarial para el Crecimiento Inclusivo, 2024).

El Consejo Europeo (2002) aseguraba que “El empleo es la mejor salvaguarda contra la exclusión social”. A pesar de que la prestación de servicios se considere en cierta manera garante de la inclusión social, algunos autores, como Manzanera-Román et al., (2016) afirman que durante el inicio de la crisis económica en España y en los años posteriores ha existido una disminución de la identidad del trabajo como vía a la inclusión social. En la segunda década del siglo XXI se hizo más eco de los conocidos como “trabajadores pobres”, personas que, a pesar de tener un empleo, no tenían los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y/o las de su familia. La precariedad laboral limita el bienestar de las personas y los derechos sociales, donde el trabajador se vuelve vulnerable a pesar de tener una fuente de ingresos. Estos trabajadores sujetos a ingresos inestables o condiciones precarias pertenecen al denominado mercado de trabajo secundario según la teoría de la segmentación de mercados elaborada por Gordon et al. (1986). Al mercado laboral secundario pertenecen trabajadores con empleos menos estables por despidos o rotación con contratos de trabajo temporales que imposibilita tener recursos suficientes para el desarrollo del bienestar social. Sin embargo, el empleo es significado de inclusión si hablamos del mercado de trabajo primario, con contratos de trabajo indefinido, a jornada completa y por ende, salarios más altos que los pertenecientes al segmento secundario (Manzanera- Román et al., 2016).

El incremento de la temporalidad durante la crisis económica asociada al segmento secundario del mercado laboral es un factor de precariedad. Durante el período de recesión aumentó este tipo de contratación como una medida para el fomento del empleo y reducción de las tasas de paro, creando contratos “basura” con condiciones abusivas y que afectaban sobre todo a los colectivos más vulnerables de la sociedad española (Lorente y Guamán, 2017).

A pesar de que los individuos más vulnerables son los que más afectados se ven sobre la situación real del mercado laboral, la integración en este no deja de ser un factor importante de inclusión. Gran parte de los proyectos tanto del sector público como del privado en lo referido a la intervención con el colectivo drogodependiente realizan itinerarios basados en el eje formativo-laboral, ejemplo de ello es el Proyecto INSOLA de la Asociación Proyecto Hombre, focalizado en la orientación, formación e inserción con el objetivo de que las personas

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

adquieran y mantengan un empleo y así conseguir lo que ellos mismos definen como “vínculo normalizado con la sociedad”, además de independencia, autonomía o reducción del estigma (Asociación Proyecto Hombre, 2019).

Las labores de formación e inserción sociolaboral desde los Centros de Atención a las Adicciones o desde las asociaciones dependerán de la fase del tratamiento en el que se encuentre el usuario. Pero en todo momento teniendo en cuenta la relevancia que tienen las estrategias de inserción laboral para la futura integración social del individuo (García, 2007).

2.4.1. Drogodependencia y empleabilidad

Adecco (2024) define empleabilidad como el conjunto de habilidades y competencias de un individuo para encontrar un empleo acorde a sus capacidades y expectativas. La empleabilidad no es estática, sino que se puede verse aumentada a partir de una serie de factores que influyen en este término. Como son, el ajuste de las competencias y habilidades al sector donde el individuo quiere enfocarse o la dotación de herramientas para adaptarse de mejor forma a los cambios. En otras palabras, es posible incrementar la empleabilidad de personas con dificultades de entrada en el mercado de trabajo a través de programas y planes adecuados a sus competencias y habilidades.

El consumo de sustancias de manera abusiva y otros tipos de adicciones tiene consecuencias en el ámbito laboral, desde el absentismo hasta la baja productividad, accidentes laborales, empeoramiento del clima laboral... etc., todo ello pudiendo desembocar en la pérdida del empleo. No son pocas las personas que se encuentran en tratamiento a causa de una adicción que están en situación de desempleo o empleos precarios, prolongándose en el tiempo cuando el individuo empieza a concentrar su tiempo libre en el consumo y finalmente, acabando en situación de exclusión social, lo cual hará más complicado el proceso de integración social y laboral. Es importante mencionar que debido a las circunstancias propias del colectivo vinculadas al consumo y otras causadas por prejuicios y generalizaciones no existen las mismas oportunidades de acceso a puestos de trabajo respecto a las que sí que tienen otros colectivos en situación o no de exclusión social (Asociación Progestión, 2020). Por lo que ser conscientes de los retos que los individuos y profesionales enfrentarán, ayudará a elaborar itinerarios de inserción más acordes a las expectativas reales.

Para valorar la empleabilidad de un individuo es necesario hacer un análisis previo de las fortalezas y debilidades que posee respecto a sus competencias, capacidades y habilidades para tratar de adecuarlas al mercado de trabajo actual y a un sector específico con el objetivo de facilitar la búsqueda activa de empleo.

Para la obtención de información acerca de la empleabilidad de la persona se podrán recoger los datos a través de diversas herramientas, cualitativas o cuantitativas, donde se incluirán ítems como habilidades sociales, desarrollo personal, expectativas... (Cruz Roja, 2002).

2.4.2. Dificultades en la inserción sociolaboral

Así como se ha mencionado previamente, las personas con problemas de dependencia a sustancias presentan dificultades añadidas para el acceso al mercado laboral debido a los factores asociados al consumo (pérdida de habilidades sociales, laborales, riesgo de recaídas) y factores externos como son los estereotipos y prejuicios.

En el estudio realizado por la Asociación Progestión (2020), entre los usuarios de la entidad con drogodependencia, se establecen ciertas debilidades para la inserción sociolaboral, entre ellas, individuos afectados por desempleo de larga duración, mal estado de salud, falta de habituación con las nuevas tecnologías actualmente necesarias para la búsqueda de empleo, disminución de habilidades sociales y baja autoestima.

Las dificultades en la integración laboral dependerán en gran medida de la situación social en la que se encuentren las personas en tratamiento, así se afirma en la Guía de Profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes (2007), incorporando tres tipos de perfiles según si se encuentran en zona de exclusión, vulnerabilidad e integración. Un usuario en situación de exclusión se caracterizará por la ausencia de vivienda, ingresos que procedan de prestaciones sociales o de la economía sumergida, carencia de redes sociales o que estas sean de riesgo, ausencia de habilidades laborales y sociales, paro de larga duración, nivel bajo de formación o con incapacidad de administración propia. Se considerará que una persona es vulnerable en lo referente al acceso al mercado de trabajo cuando tenga enfermedades físicas, vivienda inestable, pocos recursos y redes sociales de apoyo alrededor del consumo, experiencia laboral cambiante y resistencia al cambio. Por otra parte, el grupo que se encuentra en el área de integración tendrá más facilidades para la reinserción laboral debido a que existe un buen estado de salud, ingresos estables, adecuada red de apoyo, habilidades sociales y laborales, experiencia laboral consistente y capacidad para aceptar normas e imposiciones.

Asimismo, las personas que se encuentren en programas de tratamiento con metadona y con mayor edad, el acceso al mercado de trabajo será más complejo que jóvenes que se hallen en programas libre de drogas a causa de los factores que van asociados, las personas de mayor edad en tratamiento con metadona tienen una salud más deteriorada, abuso de drogas alargado en el tiempo que lleva a un desempleo de larga duración, dependencia, aislamiento...al contrario de los individuos más jóvenes que a pesar de tener dificultades para el cese del consumo y la dependencia a sustancias, su participación en la sociedad es mayor y disponen de más formación o predisposición para continuar la formación (Grupo Ágora, 2000).

Las dificultades en la inserción y acceso al empleo a veces radican en la falta de motivación, inestabilidad y exclusión de la persona, Caballol et al. (2003), asegura que para que lleve a cabo un proceso de integración se ha reconocer la necesidad del cambio, visualizar las posibilidades y poseer ciertas capacidades personales o soportes para comenzar la transformación. Por lo que se plantea la cuestión de si el proceso de inserción sociolaboral durante el tratamiento es apto para todos los usuarios del recurso o bien, como ocurre en los Centros de Atención a las Adicciones se focalizará en aquellos que logren la abstinencia y tengan adherencia al tratamiento.

Los años de crisis en España dificultaron aún más las oportunidades de acceder a un empleo a los colectivos más vulnerables, siendo los puestos de trabajo menos cualificados más afectados durante la crisis, ya sea mediante despido o con la precarización del empleo, que provoca un fenómeno presente en la actualidad que se caracteriza por la exclusión social o vulnerabilidad grave a pesar de tener empleo. Es decir, los factores externos pertenecientes a la situación económica del país o al mercado laboral que afecta a toda la población, influirá en mayor proporción a personas con drogodependencia (Torres, 2015; Rocha, 2012; La Caixa, 2012), y que se verá incrementado por la existencia de estigmas asociados a la drogodependencia que derivan en marginación y discriminación (Torres, 2015).

2.4.3. Itinerarios de Inserción Personalizados

Los itinerarios de inserción van a estar siempre presentes en todo programa o proyecto donde se contemple la inserción laboral de un individuo con dificultades de integración sociolaboral en el mercado de trabajo, como es el caso de personas que estén inmersas en procesos de deshabituación a causa de una adicción. De hecho, se incorpora en todos los Planes de Acción sobre Drogas elaborados en España en los últimos años, la “Acción 15” del Plan de Acción sobre Drogas de España 2013-2016, está referida al protocolo a seguir de inserción individualizada de personas con drogodependientes en el proceso de desintoxicación y reinserción, afirmando que el diseño de itinerarios personalizados se tienen que implantar en todos los centros de atención a las adicciones y en otros recursos como instituciones penitenciarias, además de que conjuntamente se aplicarán instrumentos para la evaluación de las acciones y objetivos del itinerario personalizado (Ministerio de Sanidad, 2024).

Según García (2007), los itinerarios de inserción son modelos de actuación que tienen su eje en las necesidades de la persona, ya que, además del acompañamiento y apoyo por parte de la entidad u organización se requiere un plan a partir de acciones sistematizadas elaboradas en función de las características y necesidades del usuario, con el objetivo de lograr una integración laboral y/o social, dependiendo si el itinerario está enfocado en el área social o laboral, aunque habitualmente suelen trabajarse de manera conjunta, como es el caso de los itinerarios individualizados que se realizan en los Centros de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. La elaboración de itinerarios individualizados para lograr la inserción laboral es importante que se preste en todo recurso en el proceso de tratamiento, o bien, el individuo reciba esa atención social y laboral en otra entidad. En cuanto, a la realización de este, todo itinerario individualizado parte de una previa entrevista para que los profesionales que participen en la intervención detecten sus necesidades y evalúen sus capacidades y habilidades, así como su relación pasada y actual con el mercado laboral. Los profesionales del equipo técnico como trabajadores sociales o técnicos de empleo facilitarán al individuo la información básica con la que tendrá que contar de cara al inicio del proceso de inserción. Tras esta primera toma de contacto donde se elaborará el perfil de la persona y se procederá al diseño del itinerario de inserción, el cual puede estar sujeto a futuras modificaciones en función de la evolución del usuario. Las partes imprescindibles con las que tiene que contar un itinerario de inserción son objetivos y actividades para el logro de una meta específica. Las actividades a recoger han de ser variadas, acordes a las necesidades de la persona y adecuadas en función de las competencias que se quieren incrementar o desarrollar a partir de acciones individuales y grupales, las individuales pueden llevarse a cabo mediante entrevistas o tutorías.

Cabe mencionar que el plan de acción del itinerario no debe limitarse a una mera búsqueda de empleo, si no que tiene que acompañarse con otras áreas de la vida diaria que se ven afectadas a causa del consumo y que por lo tanto, afectarán a la consecución de un empleo, ejemplo de ello puede ser el incremento de la formación académica a través de talleres o cursos reglados que pueda servir como beneficio en el desarrollo profesional o bien, en el caso de personas sin hogar, acciones para poder conseguir una vivienda, siendo un mecanismo muy utilizado los pisos tutelados (Carmona, 1999).

Algunas de las características de los itinerarios de inserción laboral para colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión social según Guerrero (s.f) son, que el diseño será lo más personalizado posible ajustado a las necesidades y competencias del usuario, se contemplarán acciones destinadas a la formación, como los talleres de capacitación laboral, todo itinerario estará tutorizado por un profesional concreto, en el caso de itinerarios de inserción, es común que la figura responsable sea un técnico de empleo, pudiéndose acompañar de otros profesionales como trabajadores sociales, quienes aportarán sus conocimientos en el área social

fundamental en todo itinerario de inserción sociolaboral, además, es necesario que el itinerario esté vinculado con una serie de salidas profesionales.

Respecto a la estructura propia del itinerario, tiene que incorporar en los objetivos y en su contenido todos los aspectos que se desean trabajar, para que de esa manera exista una claridad en la información que reciba la persona beneficiaria del itinerario y sirva de guía para el profesional responsable de este. Es conveniente que para que el trabajo sea dinámico por parte del equipo profesional se incorporen tablas y casillas en el documento objetos de ser rellenables e incrementar la eficiencia. En el itinerario se recogerán capacidades, habilidades, dificultades, competencias genéricas y específicas que puedan ser de aplicación en el ámbito profesional donde se vaya a desarrollar la persona. Tratando de ajustar lo máximo posible la información y formación que va a recibir al campo laboral. Es importante reflejar en el documento del itinerario todos los progresos y obstáculos para realizar un seguimiento continuo de la intervención y así poder ir modificando o potenciando acciones en función de los resultados, un ejemplo de itinerario de inserción general sin focalizarlo en ningún colectivo sería: Historia personal, Objetivos, Plan de Actuación (recursos, intervención y formación) y Evaluación. En el Plan de Actuación se incorporarán las habilidades a trabajar, orientación, tutorías, sesiones grupales, seguimiento y evaluación continua... (Guerrero, s.f).

2.4.4. Factores y características personales que pueden suponer éxito en el proceso de reinserción sociolaboral

A pesar de que el éxito de la intervención en muchas ocasiones viene dado por las características de los programas de reinserción, no podemos negar la existencia de que ciertos aspectos propios de la persona o los llamados factores de protección, puedan ser facilitadores en la atención para la integración sociolaboral del usuario del programa. Por ejemplo, existen perfiles que dadas unas circunstancias personales concretas, revisten de mayores dificultades para que puedan vivir una vida social y laboral normalizada tras el tratamiento de desintoxicación y deshabituación, es el caso de personas que carecen de apoyos familiares o en general, sociales, usuarios que a pesar de encontrarse en un recurso para lograr el cese del consumo carecen de vivienda o personas que debido a una adicción alargada en el tiempo han desarrollado problemas de salud física o mental que les impide trabajar, o bien alguna discapacidad sobrevenida a causa del consumo, es muy común en los que fueron consumidores de heroína a finales del siglo pasado, las secuelas han producido tanto daño en la salud que las posibilidades de una integración sociolaboral completa son prácticamente nulas, por lo que se trabaja en que puedan tener una mejor calidad de vida. La investigación de García y Menéndez (2018) hace recopilación de factores vinculados al éxito en el tratamiento y reinserción que han sido propuestos por autores que han investigado sobre la materia:

- Apoyo social con ausencia de conflictos en la familia.
- Nivel formativo más alto.
- No haber consumido heroína.
- No tener antecedentes de adicción o consumo en la familia.
- No consumición de cannabis o alcohol.
- No presencia de patología dual.
- Motivaciones en la vida personal: Ej. Presencia de hijos.
- No tener antecedentes penales.
- Ser el primer tratamiento al que se somete.

A pesar de que estos factores son puramente personales, el éxito siempre dependerá de la calidad de la intervención, incluso, dependiendo de la tipología del proceso, habrá algunos factores que se vean más afectados que otros.

El género también se relaciona con menores tasas de reinserción sociolaboral, las mujeres tienen un mayor estigma por no cumplir con esos roles de género que se les atribuye estructuralmente, además de la estigmatización asociada al consumo. Un mayor estigma se vincula con mayores dificultades en la reinserción (Alameda, 2003; Fontanil et al., 2013; Meneses Falcon, 2002; Miranda, 2002; Wright, 2002; Redondo et al., 2010; Mapelli et al., 2013; Pérez del Río et al., 2010; Pérez del Río y Mestre, 2013; García y Menéndez, 2018).

2.4.5. Perfil de las personas beneficiarias de itinerarios de inserción sociolaboral

Existe debate acerca en qué fase situar el inicio de la atención a la inserción sociolaboral de una persona que se encuentra en proceso de tratamiento a causa de alguna adicción. En una gran mayoría de entidades y asociaciones dedicadas a la ayuda de personas con adicciones se afirma que el momento idóneo es cuando ya existe una superación de una primera fase de deshabitación de las sustancias, es decir, cuando ya ha habido cierto período de abstinencia. Ya que se considera que previamente la persona aún no se encuentra preparada, ni tiene la autonomía suficiente para comenzar a centrarse en una búsqueda activa de empleo al mismo tiempo que trata de desarrollar habilidades idóneas para el empleo y para la vida después del consumo. Esta concepción acerca del inicio del proceso de reinserción laboral es flexible y puede variar en función de algunas circunstancias, como es el caso de personas que se encuentran en tratamiento con metadona, ya que el logro del consumo cero en esta tipología de casos es complejo, por lo que entran en juego otros aspectos a evaluar, como la empleabilidad del individuo, la motivación, competencias transversales, habilidades sociales... (Palomo, 2016; Cruz Roja, 2002).

A pesar de que los resultados pueden variar en función de cuando se inicie esa atención focalizada en la integración laboral, y por supuesto, social, está claro que ambos procesos tienen que ir de la mano. Además, ha de depender sobre todo de las características individuales o bien, de sus circunstancias. Consideramos fundamental que pasado un tiempo prudencial a partir del comienzo del tratamiento de desintoxicación, se empiece a través de talleres y mediante itinerarios individualizados de tratamiento y de inserción sociolaboral a trabajar sobre aquellas habilidades sociales y laborales útiles para el día a día y para la consecución de un empleo, sin empezar hasta fases más avanzadas la búsqueda activa, por razón de que aún no poseen la autonomía personal necesaria para hacerlo. También, llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias y atendiendo a todas las áreas que se pueden ver afectadas en un proceso de adicción, se pueden obtener mejores resultados y generar en la persona una mayor motivación y habilidades que pueden ser útiles para la finalización del consumo.

2.4.6. Inserción sociolaboral desde el instituto de adicciones del Ayuntamiento de Madrid

El Instituto de Adicciones de Madrid es un órgano perteneciente al Ayuntamiento de Madrid del cual dependen los Centros de Atención a las Adicciones y otros recursos cuya finalidad sea la prevención, tratamiento y reinserción en lo referente al consumo y abuso de sustancias (Ayuntamiento de Madrid, 2024).

En el año 2004, con la creación del Instituto de Adicciones se fortalecieron las actuaciones destinadas a la integración sociolaboral dentro de los Centros de Atención a las Adicciones (CAD), contemplando la inserción laboral como aspecto clave dentro de la integración social completa de un individuo que se encuentra o ya ha finalizado un tratamiento dentro de la red de recursos del Instituto de Adicciones. Los objetivos de las actuaciones enfocadas a la integración sociolaboral son la mejora de las habilidades, capacidades, empleabilidad y la eliminación de estereotipos y prejuicios de la sociedad hacia personas drogodependientes, además de la colaboración con empresas a través de convenio con la Agencia para el Empleo de Madrid con la realización de talleres ocupacionales. El Instituto de Adicciones tiene formaciones propias destinados a personas con menos experiencia, formación o menor empleabilidad. Cabe destacar el Servicio de Orientación Sociolaboral para individuos que reciban tratamiento en los Centros de Atención a las Adicciones, favoreciendo la búsqueda de trabajo a personas con las que convivan con dificultades de inserción añadidas al consumo y abuso de sustancias (Ej. Víctimas de violencia de género o desempleados de larga duración). (Madrid Salud, 2024).

2.4.7. Centros de Atención a las Adicciones

Los Centros de Atención a las Adicciones constituyen un servicio del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, gestionado por el Ayuntamiento de Madrid destinado a personas que padecen problemáticas en la dependencia a drogas. Los CAD presentan equipo multidisciplinarios integrando médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de laboratorio, personal de administración y auxiliares sanitarios. Es decir, la labor de los trabajadores sociales está a la orden del día en la atención a las drogodependencias, que en colaboración con un equipo diverso y multidisciplinar abordan los factores, consecuencias y problemáticas sociales de las personas que sufren adicciones a determinadas sustancias. La intervención para realizar variará según la sustancia consumida y las características de grupos poblacionales (Jóvenes, personas sin hogar, patologías duales, minorías étnicas...) (Instituto de Adicciones, 2024).

La atención que se realiza en estos centros de referencia es de carácter ambulatorio, individual y/o grupal y personalizada, adaptando el tratamiento a las necesidades y características de cada persona. En el inicio del tratamiento se lleva a cabo una valoración biopsicosocial de la persona, desde el enfoque social se hace hincapié en la esfera familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio y tiempo libre. Posteriormente se procede a la elección del plan terapéutico a seguir y los recursos que serán necesarios, revisándose los objetivos y recursos que se plantearon en el inicio durante todo el proceso terapéutico (Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2022).

La perspectiva multidisciplinar en el tratamiento de las adicciones está muy instalada en los Centros de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, las labores de los profesionales son interdependientes y ajustadas a las circunstancias individuales de los pacientes. Un paciente con patología dual requerirá una intervención psicológica más amplia, al igual que un paciente con ausencia de red de apoyo social precisará de mayor atención social que un individuo con necesidades cubiertas y relaciones sociales normalizadas (Instituto de Adicciones, 2012).

El Protocolo de Intervención Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias elaborado por el Instituto de Adicciones (2012) recoge una serie de fases de intervención para el tratamiento integral para todas las disciplinas:

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

- Recepción y acogida.
- Valoración Interdisciplinar.
- Evaluación y elaboración del Programa Personalizado de Intervención.
- Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención.
- Coordinación y trabajo en red.

Respecto al trabajo de reinserción sociolaboral en los Centros de Atención a las Adicciones, se hará hincapié en el posterior análisis del Plan sobre Drogas del Ayuntamiento de Madrid 2022-2026, centrándonos en la incorporación social del individuo a través del área laboral, mencionando aquellos recursos dirigidos a la orientación laboral en el Instituto de las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. A modo de introducción, hay que mencionar que el organismo público del Instituto de Adicciones considera fundamental la integración social y laboral de la persona, por lo que tiene en su cartera de servicios una serie de recursos para el fomento de este proceso de integración laboral. Es relevante el Acuerdo de Colaboración con la Agencia para el Empleo de Madrid, que a través de este medio se desarrollan una serie de talleres que se convierten de gran utilidad para la adquisición de competencias para el empleo de los usuarios de los Centros de Atención a las Adicciones. En el Portal Web del Ayuntamiento de Madrid (2024) se alude a estos programas y talleres: Talleres de Inserción Ocupacional Municipal de “Jardinería y viveros” de Vallecas, Programas de “Limpieza de zonas verdes” en Recinto Ferial Casa de Campo, talleres de carpintería, costura, electricidad, mecánica de motos y uno de los servicios que posee mayor relevancia, el “Servicio de Orientación Laboral”, el cual analizaremos más adelante. Para obtener mejores resultados son clave los acuerdos con empresas colaboradoras, en el caso del Ayuntamiento de Madrid, se ha llevado a cabo la elaboración de una red de empresas que colaboran con el Servicio de Orientación Laboral, denominado “REDpnsables”.

2.5.Trabajo Social en el ámbito de la prevención e intervención en las drogodependencias

Para el trabajo social en el ámbito de las drogodependencias es relevante la declaración de Alma Ata en el 1978, en la que el concepto de salud se modifica integrando también los aspectos psíquicos y sociales en el proceso de enfermedad, entendiéndose que los factores sociales pueden ser causa y consecuencia de psicopatologías y más enfermedades. Por lo que el papel del trabajador social en el ámbito sanitario comenzó a tener más importancia. La integración social y laboral, la participación social y su relación con el entorno es fundamental para la integración de la persona tras el inicio de la abstinencia durante el tratamiento por adicciones (Instituto de las Adicciones, 2012).

Dentro de los objetivos de los profesionales del trabajo social se encuentran incrementar el bienestar de las personas, por lo que la participación del trabajo social en diversos escenarios que requieren la actuación de profesionales del campo de lo social es fundamental, como ocurre en el caso de las adicciones. Esta problemática no envuelve solo a problemas de adicciones de la persona drogodependiente, si no que estamos ante causas multifactoriales, por lo que la intervención de equipos multiprofesionales es básica. Según Molina (2014), los trabajadores sociales tienen funciones variadas dentro de los recursos de atención a la drogodependencia, desde su actuación en el ámbito laboral hasta el ámbito educativo, familiar, relacional, ocio y tiempo libre, incluso, legal. Y es que, como se explica durante todo el presente trabajo, las adicciones tienen afectación en multitud de ámbitos, por lo que la actuación desde diferentes perspectivas es clave para una adecuada rehabilitación y posterior reinserción, por ejemplo, involucrar a la familia en el tratamiento de la persona repercute en mejores resultados o bien,

elaborar dinámicas para fomentar el ocio saludable. En todo momento se debe seguir la línea que desee la persona, siendo el protagonista de la intervención y participando activamente en las decisiones tomadas. Debido a la vinculación del trabajo con el ámbito laboral y, sobre todo, con la posterior inserción a través del empleo, vamos a hacer alusión a algunas funciones del trabajador social en el terreno del empleo y de la inserción laboral:

1. Conocer la historia social y laboral de una persona.
2. Orientación sobre los recursos de empleo existentes, por ejemplo, sobre empresas de inserción.
3. Analizar las repercusiones que podría tener la presencia de un trabajo del individuo que se encuentra en tratamiento.
4. Buscar el momento idóneo para que la persona empiece su proceso de incorporación en el mercado laboral, es recomendable que exista una previa abstinencia para comenzar la búsqueda de un empleo y obtener los resultados esperados.
5. Realizar planes de incorporación laboral adecuados a las competencias y a la empleabilidad de los individuos receptores.
6. Motivación para la formación con el objetivo de incrementar las expectativas laborales.
7. Evaluación continua de las personas que han sido beneficiarias de los programas de inserción laboral o de la atención en materia laboral.

La intervención en personas con drogodependencias se realiza desde una perspectiva multidisciplinar y con el objetivo del cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia a nivel biológico, psicológico y social. La prevención es una fase clave en la intervención, tratando de reducir los factores de riesgo y fomentando los factores de prevención de las personas para mitigar la probabilidad de inicio de consumo y en no pocas ocasiones, dependencia a ciertas sustancias. La vinculación del trabajo social y las drogodependencias nace de la importancia que tienen los factores y componente sociales para desarrollar adicciones, mantener la situación en el tiempo y dificultar el cese del consumo (Gutiérrez et al., 2020).

Las funciones de los trabajadores sociales en el campo de las adicciones son diversas. Ander-Egg (1972) establece tres áreas de acción:

- Acción preventiva: Los profesionales del trabajo social tratan de evitar la aparición de factores de riesgo de consumo de sustancias.
- Acción asistencial: Trabajar sobre la satisfacción de necesidades de aquellos que se encuentran con carencias básicas en la sociedad.
- Acción rehabilitadora: Busca la reinserción social de los individuos una vez haya desaparecido la raíz de la problemática.

Sobre acción rehabilitadora que menciona Ander-Egg (1972) se desarrolla la inserción sociolaboral, eje de la intervención en la que el trabajador social colabora y se coordina con el resto de los profesionales del recurso. En este caso, nos focalizaremos en las funciones que se atribuyen en los Centros de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

Según ya el referido en Protocolo de Actuación de los Trabajadores Sociales en los Centros de Atención a las Drogodependencias (2012), para la intervención del trabajador social y los profesionales de los Centros de Atención a las Adicciones con el usuario se elabora tras la primera entrevista con el mismo y la valoración interdisciplinar el Programa Personalizado de Intervención, donde se constituyen siete ejes (Salud, psicopatología, consumo, área socio-relacional, consumo, área formativo-laboral), en cada eje se incluirá los objetivos, actividades y recursos y cada profesional, y por ende, el trabajador social, hará aportaciones sobre su

materia en las siete áreas de intervención. En los Centros de Atención a las Adicciones se atiende a usuarios con dificultades añadidas, que puede hacer más complicado el proceso de tratamiento y reinserción como son las personas con patologías duales (problema de salud mental), personas sin hogar, inmersas en procesos judiciales, mujeres en situación vulnerable, barreras específicas, por ejemplo, idiomáticas o bien, adolescentes, que debido a la etapa vital en la que se encuentran pueden tener más resistencia al cambio o la interrupción de su formación podría acarrear dificultades posteriores para conseguir un empleo. El Programa Personalizado de Intervención ha de adaptarse a las necesidades concretas de cada colectivo para plantear objetivos más específicos y adecuados, además, el papel del trabajador social en estos casos es más amplio porque las necesidades individuales a cubrir son mayores, y por ende, el proceso de integración laboral y social requerirá de un mayor trabajo.

Respecto al eje formativo-laboral del Protocolo de Actuación en los Centros de Atención a las Drogodependencias (2012), ámbito sobre el que se desarrolla el presente trabajo. Se establecen como objetivos a fijar por el trabajador social: Potenciar la motivación del usuario respecto a la consecución de un empleo y formación, ajustar las expectativas laborales al perfil de cada persona, lograr que cada usuario obtenga las herramientas necesarias para el aumento de la empleabilidad, y, por lo tanto, las posibilidades de obtención de un empleo acorde a sus habilidades y competencias, además, desde el ámbito social en la esfera formativo-laboral se tratará de buscar el ajuste de la situación laboral al momento vital actual, no se fijarán los mismos objetivos laborales para un joven con adicción al cannabis que para un adulto mayor con antecedentes de adicción a la heroína y actual dependencia a la cocaína debido a que el segundo perfil de usuario es probable que tenga una menor capacitación profesional. En cuanto a las acciones a realizar del Trabajador Social en el ámbito formativo-laboral encontramos:

- Análisis de las motivaciones de formación y laborales del usuario.
- Orientación y asesoramiento para identificar los intereses de la persona.
- Derivación al Servicio de Orientación Laboral del CAD para continuar la intervención en coordinación con el técnico de orientación laboral.
- Ayuda a usuario para la obtención de expectativas reales sobre empleabilidad.
- Estudio en conjunto con el individuo sobre sus fortalezas y debilidades formativo-laborales.
- Orientación sobre objetivos realistas acordes a la empleabilidad del usuario.
- Diseño de Itinerario de Integración Laboral de manera coordinada con el resto de los profesionales de las distintas áreas de intervención.
- Evaluación y seguimiento de las actuaciones establecidas en el Itinerario de Integración Laboral.
- Derivación a otros recursos públicos o privados que resulten de utilidad para la inserción formativo-laboral del individuo.
- Información y Orientación a la persona sobre la situación actual de empleo o incluso, acerca de un cambio de trabajo.

2.5.1. Etapas de intervención de los trabajadores sociales en el campo de las drogodependencias

En la literatura de algunos autores aparecen tres etapas de actuación del trabajador social diferenciadas en materia de la atención a la drogodependencia, la primera, una fase de prevención, en la que Mayor (1995), afirma que esta etapa es clave para reducir los factores de riesgo y potenciar en la persona herramientas y habilidades para evitar un primer consumo y posterior adicción a la sustancia. Posteriormente, encontramos la etapa de intervención, cuya

participación profesional ya está enfocada cuando la persona ya está consumiendo drogas, la metodología de intervención es pluridisciplinar, la finalidad genérica de esta fase es la deshabituación, el trabajador social en esta etapa se encargará de disminuir los riesgos dentro del contexto social y tratará de aumentar los recursos sociales del individuo en tratamiento (Ej. Participación de la familia, ocio saludable, vivienda, integración sociolaboral, formación educativa...). Además, el objetivo claro para el profesional social de referencia va a ser siempre la reinserción social. La última etapa es la de reinserción social, cuyo trabajo no estará ya tan estrechamente vinculado a evitar el consumo, ya que es necesario que se haya logrado la abstinencia alargada en un cierto tiempo, si no en la integración de la persona en su contexto social, actuando para lograr la participación social normalizada del individuo. A modo de ejemplo, información, orientación y derivación de recursos educativos y de empleo o la elaboración de itinerario de reinserción sociolaboral (Gallego, 2019).

III. ANÁLISIS DE PROPUESTAS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN ESPAÑA

3.1. Proyecto Insola (Asociación Proyecto Hombre).

3.1.1. Presentación del proyecto

La Asociación Proyecto Hombre elabora en el año 2016 el Proyecto Insola (Proyecto de Inserción Sociolaboral) destinado a usuarios que se encontraban en tratamiento de cese de consumo y reinserción y rehabilitación social, cuyo fundamento principal desde el año 2016 hasta hoy es promover la obtención de competencias y habilidades para el aumento de la empleabilidad de personas que son víctimas de adicción a sustancias. Como todo plan de intervención focalizado en la individualización comienza con una evaluación de las necesidades personales y estudio del entorno familiar, social, formativo y laboral para la presentación de un posterior itinerario de inserción sociolaboral personalizado. Con Insola se pretende dotar a las personas de ciertas capacidades básicas prelaborales que sean de utilidad para mejorar su situación social y con el fin último de conseguir y mantener un empleo que actúe como garantía de una vida lo más autónoma posible y por ende, lograr la reinserción social, que como ya se ha mencionado en el presente trabajo, es un punto clave para el resultado final de una integración social completa (Proyecto Insola, 2015; Maicas, 2022).

Es decir, la razón de ser principal del proyecto es impulsar la inserción sociolaboral y la empleabilidad de individuos que padecen adicciones y se hallan en tratamiento de deshabituación. En la actualidad, se benefician 11.000 personas de sus servicios y se encuentra financiado por el Fondo Social Europeo. El funcionamiento del proyecto se basa en el diseño de itinerarios que versan en función de las necesidades, habilidades y situaciones sociosanitario de cada usuario. Existen cuatro tipologías diferentes de itinerarios denominados “Programas”, cuyo punto común es la realización de actividades, talleres y sesiones individualizadas para mejorar las habilidades básicas y específicas para la consecución y consolidación de un empleo. La raíz de este tipo de proyectos nace en la dificultad añadida que tiene las personas que padecen/han padecido adicciones para encontrar un empleo digno y acorde a sus necesidades (Proyecto Hombre Madrid, 2024).

3.1.2. Objetivos del proyecto

El objetivo primordial del Proyecto Insola es el diseño de itinerarios individualizados que mejoren y fomenten la empleabilidad e inserción sociolaboral de personas que se encuentran en una situación de adicción, considerando multicausal su problemática de adicción y abordándolo desde diferentes perspectivas. Considerando en todo momento a la persona beneficiaria del programa el actor principal del proceso, debido a las herramientas propias que posee y las que se tratarán de dotar durante la ejecución del itinerario individualizado. Todo objetivo general de cualquier programa o proyecto de inserción sociolaboral va de la mano con una serie de objetivos específicos, los cuales concretarán en mayor medida el procedimiento a emplear para la consecución del objetivo general. En el caso del Proyecto Insola los objetivos específicos que se detallan en el Informe del Proyecto de Integración Sociolaboral para Personas con Problemas de Adicción (s.f) realizado son:

- Evaluación y diagnóstico del entorno social, familiar, aspectos laborales o formativos previo al diseño del itinerario personalizado de inserción social y laboral para la realización de un itinerario lo más adecuado e individualizado posible a la persona beneficiaria.
- Motivación constante durante el programa para integrar el proceso de cambio.
- Actividades de afianzamiento de las herramientas inserción laboral con la finalidad de que no solo se adquieran durante el proceso del programa si no que permanezcan en forma de habilidades y competencias durante toda la etapa laboral.
- Mejora constante de itinerarios de evaluación a través de formación a los profesionales y evaluación de usuarios para incrementar los resultados positivos.
- Intervención con usuarios que se encuentran en riesgo de exclusión social, tratando de potenciar sus competencias y habilidades, actuando en diferentes niveles y ámbitos de la persona.

3.1.3. Beneficiarios

El marco de actuación de INSOLA va destinado a aquellos individuos que atraviesan un proceso de adicción, se encuentran en tratamiento y que, además, debido a su situación de adicción y otras circunstancias que favorecen la exclusión social o su riesgo, tienen dificultades para encontrar y mantener un empleo. La situación actual del mercado de trabajo, cada vez más segmentado, genera aún mayores dificultades para encontrar un empleo para colectivos considerados vulnerables, por lo que mediante la potenciación de aquellas habilidades requeridas en el mercado laboral actual se busca potenciar la empleabilidad. Además, se hace especial hincapié en los centros de atención a la drogodependencia de Proyecto Hombre en el colectivo de personas reclusas, menores, jóvenes, mayores de cincuenta y cuatro, parados de larga duración, menores tutelados por la administración, es decir, colectivos que además de la adicción, poseen ciertas características que vuelven más compleja la reinserción laboral y por ende, social (Proyecto Hombre, 2024).

3.1.4. Metodología

El proyecto Insola, al igual que el resto de los programas analizados trabaja a partir de itinerarios individualizados de inserción sociolaboral, implantados en veinte centros que participan en este proyecto, desde Centros de Día, hasta Comunidades Terapéuticas o Pisos de Apoyo a la reinserción, es decir, no se establece un espacio físico concreto en el que se tenga que llevar a cabo la intervención. Los itinerarios individualizados son la herramienta más

utilizada debido a que actúan como guía para cada intervención y tienen la capacidad de adaptación a los usuarios.

A pesar de que no se dedica ningún epígrafe concreto referente a la metodología en el Informe Insola (s.f), se puede deducir a través de aportaciones incluidas que para la recolección de información acerca de las necesidades de inclusión de personas con drogodependencia se utilizaron fuentes secundarias como Informes Anuales Sobre Drogas, Planes Nacionales Sobre Drogas o Encuestas sobre alcohol y drogas en España, además, Proyecto Hombre posee el “Observatorio Proyecto Hombre” destinado en gran parte a la investigación sobre el perfil de personas con adicciones. La obtención de información de este tipo de fuentes es necesaria para la elaboración de cualquier proyecto propio, puesto que es necesario tener consciencia del mundo actual y la realidad del consumo de sustancias y adicciones, es decir, se ha recogido información a través de métodos cualitativos y cuantitativos (Cuestionarios y encuestas). Además, para la medición del impacto social del proyecto, la organización tiene el proyecto MEDIMSOLA, dirigido a la evaluación de los resultados de la implantación de los itinerarios, donde se desarrollan informes anuales junto a la realización de una evaluación final con la metodología SROI (Retorno Social de la Inversión), analizando los resultados desde una perspectiva amplia, abordando lo social, lo económico y medioambiental, con cuatro etapas diferenciadas.

3.1.5. Contenido

A través de la minimización de los factores de riesgo y la potenciación de los factores de protección, el Proyecto Insola busca la mejora de la empleabilidad de los usuarios del programa para fomentar la reinserción sociolaboral. Es decir, Insola utiliza la formación y capacitación para lograr el mantenimiento de un empleo, en red y coordinación con servicios sociales y centros sanitarios, entre otros. Proyecto Hombre trabaja a partir de itinerarios de inserción individualizados, teniendo recursos por toda España y dirigiéndose especialmente a población que presenta mayores dificultades de inserción, debido a la adicción y a otros factores de vulnerabilidad (Ej. Jóvenes, mujeres, personas de mayor edad...). La Asociación cuenta con diferentes recursos donde se desarrollan labores de deshabitación y reinserción laboral y social, y por ende, donde se enmarca los itinerarios individualizados de inserción del Proyecto Insola (Proyecto Insola, s.f):

- Centros de Día.
- Centros de Acogida y Encuentro.
- Comunidades Terapéuticas.
- Viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción.
- Apoyo a Instituciones Penitenciarias.
- Programa de mantenimiento con metadona.

En el Informe Insola (s.f), elaborado por la Asociación Proyecto Hombre, se afirma que al tener recursos de diversa índole y de los que forman parte personas con diversas necesidades y en etapas de reinserción y desintoxicación diferentes, se adecua cada itinerario a cada persona individual, dependiendo de la fase y recurso en el que se encuentre. Por ejemplo, no se sigue un proceso similar en un Programa de mantenimiento con metadona, donde se presenta un perfil de edad más avanzada, con una salud más deteriorada y por consiguiente, más dificultades de inserción laboral, que en un Centro de Día de la asociación, en el que las personas que acuden, no requieren ingreso y por lo tanto, es posible que no se encuentren en situación de exclusión social y del mercado laboral.

Los itinerarios de inserción social de Insola, plantean dos términos clave que guían la intervención: Empleabilidad, la capacidad que tiene un individuo para conseguir un empleo, sostenerlo e incluso, mejorarlo y competencia; la capacidad de la persona para el desempeño de un puesto de trabajo. En el Proyecto Insola se promueve el fomento de las competencias sociales, personales y laborales, todas de gran utilidad para el incremento de la empleabilidad y de las capacidades para desempeñar funciones en un puesto de trabajo lo más adecuado posible a lo que requiere el mercado laboral. Proyecto Hombre no se queda atrás respecto a los avances en igualdad de género, tiene talleres relativos a masculinidad o sexo y género. Respecto a la ejecución de los Itinerarios Individualizados, previa a la elaboración de estos, se lleva a cabo una evaluación del entorno social, características personales, necesidades, es decir, en todo momento, desde una perspectiva bio-psico-social, considerando la adicción multicausal y con afectación en diferentes ámbitos de la vida diaria. Estos últimos aspectos mencionados son de relevancia por el hecho de que se trata de adaptar lo máximo posible la intervención a las necesidades de cada individuo, además, se utilizan metodologías de intervención claras e inmediatas. Una vez finalizada la fase de valoración del contexto social, personal, sanitario, formativo, laboral... se comenzará a trabajar con base a una restitución de la inserción laboral y social previa al inicio del consumo (en el caso de que haya existido), teniendo como eje el desarrollo de los itinerarios personales realizados por los profesionales de los recursos. En los ya mencionados en numerosas ocasiones Itinerarios de Inserción Personalizados se hará hincapié en la mejora de las capacidades y habilidades ya integradas por los usuarios y en el desarrollo de nuevas competencias obtenidas durante el proceso de tratamiento, con el objetivo final de la inserción formativa y la obtención y mantenimiento del empleo.

Es importante mencionar que para la adaptación lo máximo posible la intervención al perfil del usuario, se han elaborado actuaciones diferentes denominadas “Operaciones”, las cuales se distinguen en función del perfil del usuario, teniendo un entorno social, competencias y habilidades diversas, pero con una capacitación y metodología de trabajo diferentes, con objetivos que versan, independientemente a que el objetivo general para toda persona sea la inserción laboral. Por ejemplo, en el caso de personas jóvenes, que se encuentran sin empleo, pero con mayor empleabilidad y capacidad de inserción en el mercado laboral a medio-largo plazo, la intervención se enfocará a la motivación del individuo para la deshabituación total de la adicción y en la planificación del futuro laboral, sin embargo, para intervenir con usuarios de una mayor edad en una situación de paro de larga duración, a pesar de que la motivación también será un factor fundamental para el cese del consumo y la búsqueda de la reinserción, las actuaciones se focalizarán en la obtención de habilidades básicas para el empleo y en la potenciación de estas, teniendo en cuenta que la obtención de un trabajo cuando se interviene con este tipo de perfiles es más complicada, y aunque siempre se busque la inserción laboral completa, en muchos casos, la satisfacción de la intervención viene por la promoción y obtención de competencias y habilidades nuevas en vez de por la consecución de un empleo de manera inmediata.

En línea con lo anteriormente comentado, en Insola se establecen dos tipologías de las llamadas “Operaciones”, el Programa de actuaciones dirigidas a personas en riesgo de exclusión social, centrado en la obtención de competencias para el empleo y para la vida diaria y destinado a una inclusión sociofamiliar, y el más utilizado, el Programa de actuaciones de consolidación de la reinserción laboral, el cual se focaliza en el fin de obtención del empleo y se lleva a cabo intermediación laboral. Por último, hay que mencionar que todo proyecto, plan o programa va de la mano con una evaluación sistemática para poder medir el impacto de las actuaciones y corregir intervenciones que no están dando los resultados previstos, en Insola, estas evaluaciones de consecución de objetivos se llevan a cabo en colaboración con otras entidades

y son realizadas por comités de expertos, por ejemplo, el informe de “Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre”.

3.1.6. Recursos

El Proyecto cuenta con los recursos propios de la Asociación Proyecto Hombre, ya que es un programa perteneciente a la entidad. Por ello, se utilizan recursos materiales y profesionales propios de la red. Es decir, en cuanto a los recursos materiales, el proyecto se ha desarrollado en los diversos recursos y centros ya mencionados previamente a lo largo del presente análisis: Centros de Día, Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento y a la Reinserción, incluso, en Centros de Internamiento para menores infractores, debido a la presencia de conductas adictivas en menores que han sido condenados por delitos o bien, en albergues. Por ende, la dotación de estos centros formará parte de los recursos materiales del proyecto. Respecto a los recursos profesionales, es esencial contar con un equipo multidisciplinar que realizará la evaluación de necesidades y colaborará en la redacción del itinerario personalizado de inserción, desde trabajadores sociales hasta educadores, psiquiatras, psicólogos, especialistas en inserción laboral, terapeutas ocupacionales o juristas. Para terminar, en cuanto a los recursos financieros, el proyecto está financiado principalmente por el Fondo Social Europeo y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, dado su impacto social y los resultados obtenidos (Proyecto Hombre, 2024; Proyecto Hombre Cádiz, 2021).

3.2. Plan de Adicciones Ayuntamiento de Madrid 2022-2026 (Ayuntamiento de Madrid).

3.2.1. Presentación

A diferencia del resto de planes y proyectos, el Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid 2022-2026 no se centra en la inserción sociolaboral, si no que recoge una serie de objetivos y líneas estratégicas a desarrollar en la lucha contra las adicciones en la ciudad de Madrid, siendo uno de los objetivos la inserción sociolaboral y relacional a través de los itinerarios individuales, es decir, se ha escogido llevar a cabo el análisis de esta propuesta porque se trata una entidad pública, el Instituto de Adicciones, el cual gestiona los recursos de tipo público que se ofrecen en el Ayuntamiento de Madrid, como son los CAD (Centro de Atención a las Adicciones) y además, ha dado un peso mayor a la integración laboral y social respecto a planes anteriores, considerando el empleo un factor de protección y motivador para poder poner fin al tratamiento y evitar recaídas.

El primer Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid se aprobó en el año 1988, desde entonces, se han ido ajustado los programas a los tiempos que acontecían. Mientras que el primer plan aprobado antes de llegar a la década de los noventa se focalizó principalmente el tratamiento para el cese del consumo de heroína, el plan actual se basará en la prevención, tratamiento y posterior reinserción social y laboral, entendiendo en la época el consumo como multifactorial y con consecuencias a tratar en diversos ámbitos, considerando la inserción social y laboral clave para el proceso de deshabitación y reinserción. En el Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se recogen datos sobre la situación actual respecto al consumo y cifras sobre los usuarios que han sido atendidos en el Instituto de Adicciones, estas estadísticas han sido recogidas previamente en el presente trabajo, pero cabe mencionar hechos relevantes, por ejemplo, hasta 2021, las personas atendidas en los centros públicos del Ayuntamiento para adicciones ha mantenido números constantes y que las zonas que más personas solicitan tratamiento son Carabanchel y Puente de Vallecas. El Plan de Adicciones de Madrid tiene como finalidad evitar o reducir la problemática del consumo y de las adicciones

y mitigar las consecuencias en el usuario que recibe tratamiento en el Instituto de Adicciones de la Comunidad de Madrid y en su entorno más cercano. No obstante, el análisis que se pretende llevar a cabo está focalizado en la inserción sociolaboral del individuo, por lo que se analizará los aspectos relacionados con la materia y no se hará hincapié en otros elementos como la prevención o la atención integral genérica. Respecto a la incorporación, reincorporación o fomento del empleo, y por lo tanto, inserción sociolaboral en personas que se encuentran en proceso de tratamiento en los recursos del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se hace alusión en varios puntos del programa, por ejemplo, a la hora de definir las líneas estratégicas, La Línea estratégica 4, vinculada con el tratamiento integral de las personas con adicciones, afirma la necesidad de facilitar la integración relacional, social y laboral, las cuales están estrechamente relacionadas entre sí. De manera similar al Proyecto Insola, el marco de la intervención terapéutica será el Plan Personalizado de Intervención (PPI), que a partir de una previa valoración biopsicosocial de la persona se hará un diagnóstico y una determinación de objetivos en diversas áreas (Ej. Formativo-laboral) (Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022/2026, 2022).

3.2.2. Objetivos

En el documento del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2022) se hace una división por líneas estratégicas del plan, las acciones que se encuentran más vinculadas con el área de inserción sociolaboral están redactadas en la línea estratégica denominada “Tratamiento integral a las personas con adicciones”, estableciendo como objetivos generales en este epígrafe, además de llevar a cabo un tratamiento integral a los individuos con adicciones en los Centros de Atención a las Adicciones como base, fomentar la integración social, laboral y relacional de los usuarios mediante la potenciación de sus habilidades personales, sociales, formativas y laborales, junto a este objetivo general, que está en la línea de lo que se tiene como finalidad analizar en esta segunda parte del trabajo, se hallan otros objetivos como la garantía de centros y recursos para la intervención terapéutica, recursos materiales clave para las intervenciones destinadas a la reincorporación sociolaboral o bien, para lograr acciones igualitarias, fomentar actuaciones concretas dirigidas a mujeres, llevar a cabo intervenciones para personas sin hogar y ofrecer acompañamiento y soporte a los familiares del usuario. Los objetivos operativos para facilitar la integración laboral y socio relacional de los usuarios con acciones para el desarrollo de habilidades y competencias son:

1. Fomentar la integración laboral y social de los usuarios en tratamiento, individualizando lo máximo posible el proceso respecto a sus necesidades laborales y sociales.
2. Potenciar la integración social de personas en procesos judiciales a causa de conductas adictivas.
3. Promover la integración relacional y social en función de necesidades propias de ocio.

3.2.3. Beneficiarios

Los beneficiarios de las acciones promovidas en el Plan es la población madrileña de cualquier edad que se encuentre en tratamiento en la red de atención a las adicciones del Ayuntamiento de Madrid, o bien, respecto a las actuaciones de prevención, están más enfocadas a la población de la ciudad de Madrid en edad adolescente o etapas tempranas de la adultez que debido a ciertas características del entorno o personales, tengan más riesgo de tener conductas adictivas (Plan de Adicciones Ciudad de Madrid, 2022-2026).

3.2.4. Metodología

Para elaborar el Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid 2022-2026 se ha llevado a cabo una serie de fases para que la recolección de la información y la organización de los datos obtenidos fuese efectiva., conformando un proceso participativo involucrando a un equipo de trabajo diverso. En primer lugar, se ha utilizado bibliografía de fuentes secundarias, como son, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025 o la Evaluación del Plan de Adicciones 2017-2021, entre otros, como medio para obtener datos actualizados sobre la situación actual en España y en Europa, para posteriormente realizar entrevistas y encuestas a profesionales del Instituto de Adicciones de Madrid, administraciones públicas, asociaciones, sindicatos, grupos políticos y con la fundamental colaboración de personas que se encuentran en tratamiento por adicciones y familiares, cuyo punto de vista es clave incorporar en cualquier tipo de proyecto al resultar ser la población beneficiaria. Algunas de las organizaciones que realizaron las entrevistas y encuestas son: Observatorio Español de las Drogas, Sociedad Española de Patología Dual, UGT, Más Madrid, Cruz Roja, Cáritas... Posteriormente se instauraron grupos de trabajo entre doce y quince personas para la propuesta de las líneas estratégicas, acciones y objetivos generales y específicos que se incluirían en el presente plan. Los profesionales que conformaron estos grupos de trabajo eran personal del Instituto de Adicciones o bien, pertenecían a entidades del Instituto de Adicciones, uno de los siete grupos de trabajo que se establecieron estaba destinado a proponer actuaciones para la mejora de la integración laboral y socio relacional en el colectivo de individuos con drogodependencia, importante por su vinculación con el tema objeto de análisis, otros grupos de trabajo estuvieron centrados en la reducción de daños o en recursos de tratamiento.

3.2.5. Contenido

En el Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid 2022-2026 se establece que para cada línea estratégica del plan se llevan a cabo una serie de actuaciones, y como hemos recalado previamente, en este epígrafe se desarrollarán las acciones que se siguen dentro de las intervenciones destinadas en el programa del Ayuntamiento de Madrid a favorecer la integración sociolaboral, considerándose en el programa elaborado para la ciudad de Madrid un punto clave para que el individuo pueda llegar a desarrollarse en plenitud. Tras analizar la bibliografía sobre la materia, se ha llegado a la conclusión de que existen ciertas dudas acerca del momento de comienzo de las intervenciones destinadas al proceso de integración laboral y social, sin embargo, en el caso del Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se aclara que el proceso terapéutico de deshabituación y las actuaciones que se destinan a lograr la integración social, laboral y relacional deben ir de la mano en el tiempo, ya que el cumplimiento de objetivos de una parte del itinerario individual, conducirá a mayor motivación para la consecución de logros en otra esfera de este. Focalizándonos en el plan de acción y recursos del Ayuntamiento para que el usuario pueda integrarse o reincorporarse en el mercado laboral, existen los talleres de capacitación laboral, los talleres de empleo y el Servicio de Orientación Laboral.

- **Servicio de Orientación Laboral**

Tras la creación del Instituto de Adicciones, ese mismo año se creó el Servicio de Orientación Sociolaboral, el cual es un recurso que apoya la orientación sociolaboral prestada en los Centros del Instituto de Adicciones, como en la red de Centros de Atención a las Adicciones. El Servicio de Orientación Laboral y el resto de los recursos del Instituto de

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

Adicciones trabajan de manera coordinada para facilitar la orientación laboral con perspectiva a una futura inserción social y laboral completa (Barba et al., 2005)

El Servicio de Orientación Laboral va destinado a los individuos que presenten características individuales que dificulten el proceso de consecución de un empleo e inserción laboral. Asimismo, será necesario cumplir otros requisitos como encontrarse en proceso de desintoxicación y reinserción social en el Centro de Atención a las Adicciones o haber sido derivado por otros recursos propios del Instituto de Adicciones tras una evaluación sobre la conveniencia de ser atendido por el Servicio de Orientación Laboral, además, será necesaria abstinencia y adherencia al tratamiento, este último aspecto está sujeto a ciertas controversias por la importancia de comenzar la orientación para el empleo desde el inicio del tratamiento en el caso de que la persona esté en situación de desempleo y con capacidad para trabajar. Dentro del SOL (Servicio de Orientación Laboral) se llevan a cabo estas acciones: Información y orientación sobre integración sociolaboral, recursos de formación y empleo y autoempleo, prestación de especial atención a las personas con más dificultad de inserción en el mercado laboral, seguimiento para la conservación del empleo, también se realizan actuaciones de concienciación a las empresas para la erradicación de generalizaciones acerca de los colectivos con más problemas para el acceso a un empleo (Ayuntamiento de Madrid, 2024).

Haciendo alusión a la individualización presente en los diversos recursos de la red del Instituto de Adicciones, el Servicio de Orientación Laboral posee un servicio concreto de Apoyo al Empleo Protegido, que se destina a individuos que tienen un índice de empleabilidad inferior a causa de características individuales u otros motivos, ofreciéndoles, por lo tanto, una atención que se adecue mejor a sus necesidades. Ejemplo de ello podría ser el caso de una persona sin hogar con problemas de drogodependencia o un usuario que presenta una patología dual, es decir, padecer una adicción junto con un problema de salud mental (Plan de Adicciones Ciudad de Madrid 2022-2026, 2022).

- **Talleres de Capacitación Laboral y Talleres de Empleo**

Los talleres de capacitación laboral son un servicio del Instituto de Adicciones, los cuales tienen el objetivo de aumentar la empleabilidad para lograr la integración laboral social a través de la capacitación profesional. Los talleres van dirigidos a personas que reciben tratamiento en fase avanzada de este (de reinserción) en el Centro de Atención a las Adicciones y que los profesionales que integran el Servicio de Orientación Laboral han decidido la conveniencia de derivar al usuario a este tipo de formación. Constituyen este recurso talleres de carpintería, electricidad, mecánica, peluquería, arteterapia, arreglo y confección de artículos textiles... (Ayuntamiento de Madrid, 2024).

En el Plan de Adicciones 2022-2026 del Ayuntamiento de Madrid se hace referencia a los talleres prelaborales, que además de ofrecer una capacitación básica en función de la tipología de taller, se presentan lecciones fundamentales sobre informática, matemáticas o habilidades sociales. No obstante, los recursos ofrecidos van más allá de la formación, capacitación y dotación de herramientas para la mejora en la integración laboral, el Instituto de las Adicciones de Madrid tiene convenio con la Agencia para el Empleo, con la finalidad de que los usuarios tengan acceso a más talleres laborales. Por último, entendiendo que la integración social y laboral están vinculadas y ambas se refuerzan, se han desarrollado programas de ocio saludable para tratar de separar el consumo y la adicción del concepto de ocio y tiempo libre.

3.2.6. Recursos

Los recursos a utilizar para el desarrollo del programa son los propios del Instituto de las Adicciones, órgano que posee las competencias en materia de prevención, tratamiento y reinserción en lo referente a adicciones. Si hablamos de recursos materiales, es fundamental mencionar los Centros de Atención a las Adicciones (CAD), recurso que se ha presentado previamente en el trabajo. Es en estos centros donde se realizan las labores de orientación laboral y el resto de los talleres, contando con otros recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción como las Comunidades Terapéuticas o los Pisos de Apoyo a la reinserción, es decir, se contará con las instalaciones públicas del Instituto de Madrid como recurso material, además de los materiales necesarios para los talleres (Ej. Maquinaria específica para los talleres). Al exponer un programa de carácter público, los recursos económicos serán de igual manera de índole pública, no estando financiada la intervención por las familias o usuarios de los recursos si no por la entidad pública. En cuanto a recursos profesionales, el equipo técnico está formado por el que se integra en los Centros de Atención a las Adicciones y el resto de recursos del Instituto de Adicciones, buscando en todo momento un equipo interdisciplinar formado por profesionales de la medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, administrativos, profesionales de laboratorio... (Ayuntamiento de Madrid, 2024; Plan de Adicciones Ciudad de Madrid 2022-2026, 2022).

3.3. Guía de Orientación Sociolaboral para personas con problemas de Adicción- Proyecto Macadam (Asociación Progestión)

3.3.1. Presentación del proyecto

El Proyecto Macadam se elaboró con la finalidad de lograr la inserción social de las personas con adicciones a través de la potenciación de su autonomía personal y el empleo. Por ello, se centra en el desarrollo de itinerarios de estabilización personalizados, estos son eje no solo del presente proyecto si no herramienta básica de cualquier proyecto o plan de inserción sociolaboral, ya que a través de la fijación de objetivos y metas claves en función de las necesidades, habilidades y competencias, las posibilidades de incrementar la empleabilidad serán mayores. El Proyecto Macadam ofrece distintos servicios, desde apoyo jurídico individual hasta, formación y talleres para mejorar la empleabilidad y enseñanza del uso de las nuevas tecnologías o sensibiliza acerca del ocio saludable y gestión de tiempo libre (Asociación Progestión, 2024). En este caso, nos focalizaremos en el análisis de la Guía de Orientación Sociolaboral elaborada por la Asociación Progestión como herramienta útil para el desempeño de la orientación laboral en el campo de las adicciones por parte de los profesionales expertos en esta materia.

Progestión tras mucho tiempo dedicándose a llevar a cabo proyectos de inserción laboral y de empleo dirigidos a personas con problemas de adicción y drogodependencia a través del servicio de estabilización Macadam fue consciente de que a pesar de que existía información destinada a la orientación sociolaboral, había poca presencia de planes y guías que detallasen minuciosamente el proceso de orientación para el empleo, útiles para profesionales interdisciplinarios del campo de las adicciones. Para poder realizar una propuesta completa fue relevante contar con el largo recorrido de Progestión y por los profesionales que se dedican al área de empleo de la asociación. No obstante, ha sido ventajoso que profesionales de distintos recursos públicos y privados aportaran información y fueran fuente de inspiración sobre la materia, ya que es fundamental contar con diversas perspectivas y opiniones para poder llevar a cabo un trabajo ajustado a las necesidades actuales, algunas de las entidades que colaboraron con el desarrollo de la propuesta metodológica fueron la Asociación Pan Bendito, Cruz Roja,

Comunidad de Madrid, Madrid Salud-Instituto de Adicciones o Fundación Atenea entre otras. En cuanto a la estructura de la guía, en primer lugar, cuenta con una introducción, donde se refleja la finalidad de su elaboración para posteriormente continuar con un marco teórico acerca del concepto de adicción, su situación en España y una vinculación entre adicción y empleo, información que sirvió de base para el desarrollo de una propuesta metodológica dirigida a la orientación sociolaboral. Además, en la guía se deja claro que el propósito del proyecto Macadam no es simplemente el logro de un trabajo, si no que el individuo adquiera unas habilidades que le serán útiles para evitar futuras recaídas y mantener la situación de abstinencia. El método de trabajo en Proyecto Macadam para la orientación sociolaboral de usuarios con problemas de adicción vuelve a ser los itinerarios personalizados, que en la guía se definen como el “conjunto de acciones adaptadas a las características de cada persona y en consenso entre la misma y el profesional de referencia con el fin de conseguir la mejora de su situación social y su integración laboral”, es decir, tras analizar otros programas de inserción laboral, podemos llegar a la conclusión de que estos itinerarios individualizados son el eje de toda intervención para la reinserción laboral y social de una persona, en Macadam, se considera clave la flexibilidad en los itinerarios, comprendiendo que cada persona tiene necesidades propias y ningún itinerario será idéntico, necesidades que son determinadas tras un proceso de análisis personal y sociolaboral por parte de los profesionales, posteriormente, el itinerario se estructurará en una serie de fases que explicaremos a continuación (Asociación Progestión, 2020).

3.3.2. Objetivos del proyecto

El objetivo general de la guía de Orientación Sociolaboral del Proyecto Macadam es la elaboración de una herramienta destinada a la reflexión, para que profesionales especializados en el ámbito de las adicciones y drogodependencias tengan una posible guía para el desarrollo de sus funciones y de esa manera, llevar a cabo una intervención más efectiva, no pretendiendo utilizar la guía como referente y sí como apoyo (Asociación Progestión, 2020).

3.3.3. Metodología

Progestión (2020) en su Guía de Orientación Sociolaboral para Personas con Problemas de Adicción afirma que para la elaboración del proyecto de orientación sociolaboral y el marco teórico previo, es fundamental aplicar la experiencia de la Asociación Progestión en el ámbito de las adicciones, los profesionales que integran Progestión y que han colaborado en la realización del proyecto Macadam tienen una amplia experiencia en la materia, en concreto, ha sido de utilidad los testimonios aportados por los profesionales del área de empleo de la organización. No solo se ha empleado información de dentro de Progestión, si no que también han colaborado profesionales de otros recursos públicos y privados a través del “Cuestionarios de detección de necesidades en la Orientación Sociolaboral para personas con Problemas de Adicciones”, el 70% de las personas que rellenaron el cuestionario pertenecían a entidades privadas (Ej. Asociación Pan Bendito o Fundación Hay Salida) y el 26% pertenecían a la administración pública (Ej, Ministerio de Justicia, Comunidad de Madrid o Ayuntamiento de Estepona), han sido indispensables las perspectivas de usuarios de itinerarios de inserción, puesto que será beneficioso para adaptar lo máximo posible el programa a las necesidades de cada persona. Para gestionar la información de las fuentes mencionadas, en un primer momento se recogió y analizó, para posteriormente organizar esos datos. Importante mencionar que para el proceso de orientación laboral se ha implantado una metodología a través de “Itinerarios Personalizados”, con unas fases de intervención previamente planificadas y sistematizadas, a su

vez que flexible para adaptarlo a cada individuo. Para recoger la información con vistas a realizar el itinerario de inserción personalizado se utilizan una serie de técnicas, como las entrevistas semiestructuradas y la observación. Por último, la propuesta metodológica se guía en una serie de principios: Personalización, globalidad, flexibilidad, autonomía, agilidad e inserción laboral.

3.3.4. Población beneficiaria

La Asociación Progestión se dedica desde hace años a trabajar por la igualdad y a acompañar a colectivos vulnerables, como personas migrantes, personas desempleadas, personas sinhogar, y el eje del presente trabajo, personas con drogodependencia, entre otros colectivos. La iniciativa Macadam, perteneciente a Progestión, busca potenciar la autonomía y lograr la integración sociolaboral de personas que se encuentran en tratamiento por conductas adictivas, sus actuaciones se concentran a través de itinerarios de inserción individualizados, como el que desarrolla en la Guía de Orientación Sociolaboral que estamos analizando, es decir, a pesar de que la Asociación trabaja con un gran número de colectivos vulnerables, Macadam y la Guía de Orientación Sociolaboral se dirigen a individuos con drogodependencia que se encuentren en tratamiento, por lo que se necesita que ya se encuentren en el proceso de deshabituación, sin que se contemplen itinerarios de inserción en las primeras fases de tratamiento (Asociación Progestión, 2024)

3.3.5. Contenido

Como ya se ha explicado previamente, el proceso que se determina en la Guía de Orientación Sociolaboral que estamos analizando, en un primer momento, se hace un análisis de la situación personal y sociolaboral de la persona para poder determinar un diagnóstico y elaborar el itinerario personalizado lo más individualizado posible, ajustado a las necesidades y situación del usuario. El proceso se guía de una serie de fases preestablecidas, pudiendo ser ajustadas a cada persona y con libertad de poder regresar a alguna fase anterior en el caso de que no se cumplan los objetivos determinados. Las fases establecidas en el documento elaborado por la Asociación Progestión (2020) para obtener una guía de orientación sociolaboral son las siguientes:

- Fase Inicial:

En esta primera etapa se determinará si el individuo es idóneo para poder beneficiarse del itinerario personalizado para la orientación sociolaboral a través de una entrevista sobre su situación actual, ya que, a diferencia de otros programas y proyectos de inserción laboral, la persona tiene que cumplir una serie de requisitos como son la abstinencia o el compromiso real con la intervención. En el caso de que no cumpla con las condiciones previas para el desarrollo del itinerario personalizado en Macadam, se le dará información acerca de otros recursos para que la persona logre la deshabituación, sin embargo, en el supuesto de que, sí que cumpla los requisitos, se concertará una primera sesión para comenzar a elaborar el itinerario.

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

- **Fase Uno: Acogida y Diagnóstico del perfil sociolaboral**

El eje de esta primera fase de la intervención es la “Entrevista Personalizada de Acogida”, cuyo objetivo principal es el análisis de las circunstancias del usuario y de aquellas que pueden afectar al proceso de orientación y posterior inserción como son no tener una vivienda, baja formación o conflictos con su entorno. Además, se le dará a la persona información acerca del itinerario y sus fases.

- **Fase Dos: Análisis Personal y Definición de Pasos a Seguir**

En esta fase se completará la información aportada en la etapa anterior, con un análisis personal más profundo en compañía de la persona de referencia del proceso mediante el desarrollo de la “Ficha de Análisis Personal”, al finalizar este análisis, se recabarán aquellos factores positivos y negativos que afectarán en la intervención para posteriormente comenzar el “Acuerdo de Pasos a Seguir” respecto a cómo se desarrollará la búsqueda activa de empleo.

- **Fase Tres: Desarrollo de la Orientación Laboral**

En la etapa tres ya se comienzan a desarrollar las acciones propuestas en el itinerario, debido a que las fases previas han estado más dirigidas al diagnóstico y análisis. Las actuaciones se enmarcan en dos tipos: individuales y grupales. Las Tutorías de Orientación son un ejemplo de acción individual, en estas sesiones se dota de habilidades y competencias a los individuos, se asesora y acompaña con la finalidad de una mejora en la empleabilidad, es decir, las actuaciones individuales estarán más enfocadas en el trabajo de necesidades concretas. Las acciones grupales son importantes para crear redes de apoyo y mejorar aspectos más genéricos, por ejemplo, mediante los Grupos de Búsqueda Activa de Empleo o las acciones formativas, fundamental para incrementar la empleabilidad, estas formaciones se ajustarán al perfil de la persona para poder dotarles de aquellas herramientas y competencias que más se adecuen a sus necesidades y objetivos de futuro. Es importante recalcar que en esta fase es fundamental el trabajo en red, ya que no se pueden cubrir todas aquellas necesidades formativas que tienen los usuarios, por lo que colaborar con otras entidades y recursos públicos y privados puede hacer más efectivo este proceso.

- **Fase Cuatro: Relación con el mercado de trabajo**

Es uno de los aspectos claves en este proceso de reinserción sociolaboral. El profesional de referencia está en constante contacto con empresas que se puedan ajustar a los perfiles de los usuarios. Estas vinculaciones con el mercado de trabajo se pueden llevar a cabo recolectando ofertas de empleo que se adecuen a las personas beneficiarias de la orientación laboral e incluso, estableciendo acuerdos de colaboración con empresas que se encuentren interesadas en incorporar en su plantilla a perfiles que tengan dificultades de inserción, para llegar a este punto es común realizar acciones de sensibilización para poder erradicar prejuicios existentes.

- **Fase Cinco: Análisis de la intervención**

Se ha comentado anteriormente que todo proyecto tiene que ir de la mano con una adecuada evaluación continua y seguimiento para posibilitar la corrección de los errores que vayan surgiendo durante la intervención. En la Guía de Orientación Laboral del Proyecto Macadam se hace eco de cinco tipologías de seguimiento y evaluación: Seguimiento de la Búsqueda de Empleo, Seguimiento de la Integración Laboral, Evaluación de las Acciones

Formativas y Evaluación del Servicio. En el primer seguimiento sobre la búsqueda de empleo se analizarán los avances de los usuarios en relación con la adquisición de competencias y habilidades respecto a esta materia, cuando aún la persona no ha logrado obtener un empleo. Además, la orientación laboral no finaliza cuando la persona ha conseguido un empleo, por lo que el Seguimiento de la Integración Laboral está relacionado con el acompañamiento en su desarrollo profesional. No solo es importante evaluar el progreso de los usuarios si no que también es importante realizar un seguimiento de la calidad de lo que se ofrece desde el recurso, en la Guía se propone una Evaluación de las Acciones Formativas, con el “Cuestionario de Satisfacción de Acciones Formativas” y una Evaluación del Servicio ofertado para analizar su calidad de manera genérica, sin olvidar mencionar que una vez finalizada la orientación sociolaboral se pone en marcha una evaluación completa global.

- **Fase Final: Cierre del Itinerario Personalizado**

Todo programa debe tener un momento de fin. En el presente caso, la flexibilidad que caracteriza a los Itinerarios Personalizados provocará que algunos usuarios puedan transitar con mayor rapidez las diferentes fases, mientras que, en otros, su proceso revestirá de una mayor complejidad. No obstante, todo itinerario tendrá una finalización, aunque bien, puede que las causas del cese sean diferentes. La situación idílica es la finalización del proceso de orientación laboral por haber alcanzado una inserción laboral que se prevea que vaya a ser constante, no simplemente cuando la persona haya conseguido un empleo, además, la finalización puede ser a causa de una salida voluntaria, debido al carácter voluntario de la intervención, cuando concurren estas circunstancias debemos analizar si la salida voluntaria ha sido provocada por características del programa o bien, por circunstancias personales. La salida del programa se puede dar de manera involuntaria por motivo de incumplir el “Compromiso de Participación” que se acuerda al inicio del proceso, si ocurre esto, se procederá a derivar a la persona a otro recurso u ofrecer una serie de medidas alternativas.

En la Guía de Orientación Laboral (2020) elaborada por Macadam se hace hincapié que las acciones no se han de quedar reducidas meramente al ámbito laboral, si no que se deben desarrollar otras actuaciones que puedan generar resultados beneficiosos en los usuarios, por ejemplo, abordar mediante acciones formativas el medio ambiente, ocio saludable o perspectiva de género, ya que se dotará al usuario de habilidades sociales para obtener competencias transversales que puedan repercutir positivamente en su inserción laboral y social.

3.3.6. Recursos

En la Guía de Orientación Laboral (2020) elaborada por la Asociación Progestión se mencionan a lo largo del documento ciertos recursos de tipo económico, profesional y material.

- **Económicos:**

El desarrollo de la Guía Metodológica ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, a través de la delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- **Profesionales:**

Para la redacción del documento y del proyecto, han sido los recursos profesionales los más relevantes, ya que ha apoyado su elaboración profesional multidisciplinares de la Asociación Progestión, a causa de la experiencia de los equipos de la Asociación en el ámbito de las adicciones y posterior reinserción laboral y social de las personas. Pero, además, ha sido de gran utilidad la colaboración de profesionales pertenecientes a otras entidades públicas o privadas con largo recorrido en la intervención con adicciones. El número de profesionales pertenecientes a otros recursos públicos y privados fueron cincuenta, siendo el 70% de entidades privadas y el 26% de la administración pública.

- **Materiales:**

En cuanto a los recursos materiales a utilizar, para el desarrollo de la propuesta se han hecho uso de dos de las sedes de la Asociación Progestión, en concreto, en Madrid y en Valladolid. Además, se elaboraron diversas herramientas de recolección de datos y de trabajo para facilitar el proceso. Ejemplo de ello es el “Cuestionario de detección de las necesidades en la Orientación Sociolaboral para Personas con Problemas de Adicción”. Es relevante mencionar como recurso materia los itinerarios de inserción personalizados u otras herramientas como la “Ficha de Derivación”, “Entrevista Personalizada de Acogida”, “Ficha de participante”, para recolectar la información importante del usuario durante el proceso, “Acuerdo de Pasos a Seguir”, “Registro de Acciones Individuales” ... Entre otras, ya que la propuesta de Macadam hace uso de diversas herramientas de trabajo para poder recogerlo y sistematizarlo de una manera más eficaz. Al ser una guía y no un plan que se desarrollase en determinados espacios concretos, no podemos establecer unos espacios físicos determinados porque no están delimitados, más allá de las sedes donde se elaboró la propuesta metodológica, sí que se puede afirmar que para llevar a cabo el desarrollo de la orientación laboral se necesitan lugares definidos ya que consiste sobre todo en tutorías individuales, Grupos de Búsqueda Activa de Empleo y para el desarrollo de las Acciones Formativas se requiere de diversos materiales que complementen a la formación teórica, como material tecnológico.

3.4. Integración sociolaboral de personas drogodependientes: propuesta y puesta en práctica de un modelo (Cruz Roja)

3.4.1. Presentación del Proyecto.

A diferencia de los anteriores planes de intervención sociolaboral analizados, este cuarto modelo propuesto para analizar dota de una mayor antigüedad, fue elaborado en el año 2002, se ha escogido con la finalidad de incorporar en el análisis la comparativa temporal con proyectos a lo largo de los años.

La propuesta elaborada por la Cruz Roja surgía de la necesidad de incorporar los Servicios de Empleo y un modelo de integración sociolaboral dirigido a personas con drogodependencia, incorporando la presencia de un mediador sociolaboral que, hasta ese momento, la perspectiva del trabajo en los recursos de atención a personas con adicciones se había desarrollado escasamente. Además, hace veintidós años también se hablaba de género y diversidad cultural, buscando tener en cuenta que las personas que sufrían conductas adictivas no eran iguales, y que la individualización en el tratamiento y atención era fundamental. La finalidad del proyecto no estaba en simplemente desarrollar un modelo que fuese a servir como literatura en la profesión, si no que se buscaba implantar una metodología aplicable a los centros

de atención a la drogodependencia a nivel nacional. Para la elaboración del proyecto, en el documento redactado, se ha recalcado la importancia de realizar una previa investigación en forma de marco teórico para el conocimiento acerca del colectivo de personas con problemáticas de consumo, como son los factores personales, en el entorno y funcionales que pueden afectar a que una persona se inicie en el consumo, para después poder ya desarrollar, a partir de la información reunida, un modelo de integración sociolaboral lo más ajustado posible a las necesidades de ese momento del colectivo con drogodependencia, un modelo focalizado en la inserción sociolaboral, teniendo en cuenta que se tiene que compaginar con las acciones de tipo sanitario y psicológico, es decir, las actuaciones serán desempeñadas en todo momento por un equipo multidisciplinar. Como ya hemos mencionado previamente, el equipo encargado de su elaboración, junto a la cooperación de otros profesionales, aseguraban la implantación del modelo a través de una experiencia piloto real en dos Centros de Atención a la Drogodependencia, en el Centro de Metadona de Casa de Campo y en un centro en Ciudad Real, buscando el comprobar si el modelo proyecto era útil y qué prácticas lo podrían mejorar, enviando a los recursos a un mediador sociolaboral que pusiese en marcha el modelo, tratando de que los usuarios obtuviesen una atención más completa, no solo centrada en esa deshabituación de la sustancia (Cruz Roja, 2002).

La trayectoria de la Cruz Roja no se centra en el colectivo de personas con drogodependencia, si no que sus actuaciones se dirigen a colectivos vulnerables a través de seis áreas: educación, salud, inclusión social, empleo, socorro y medioambiente. En este caso, se desarrolló un modelo de integración sociolaboral, incorporando el área de empleo e inclusión social para un colectivo vulnerable desde la epidemia de la heroína hasta hoy en día, contemplando la adicción desde unas causas más holísticas y con consecuencias que afectan a una gran parte de los ámbitos del día a día de una persona (Cruz Roja, 2023).

3.4.2. Objetivos

Como objetivo general fue la elaboración de un modelo de integración sociolaboral, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las personas con adicciones, y de esa manera, poder acercar los servicios normalizados de empleo que tiene la Cruz Roja a los individuos con drogodependencia, buscando fomentar la autonomía en el colectivo para que puedan llegar a tener una vida lo más normalizada posible. Entre los objetivos específicos según Cruz Roja (2002):

1. Reconocer qué factores internos y externos pueden afectar a la inserción sociolaboral de los usuarios con drogodependencias atendidos en los recursos de la Cruz Roja.
2. Elaborar pautas de organización y contexto para llevar a cabo modelos de empleo y así alcanzar la integración laboral y social del colectivo.
3. Crear un instrumento de autoevaluación para conocer qué factores internos y del entorno deben trabajar para mejorar su empleabilidad e posibilidad de integración laboral.
4. Aplicar a través de una experiencia piloto los modelos de integración sociolaboral.
5. Lograr buenas prácticas para que el modelo se convierta en una herramienta útil para la atención social en personas con drogodependencia.

3.4.3. Población Beneficiaria

Como requisito fundamental, este tipo de programas o modelos se suelen destinar a personas que se encuentren en fases avanzadas de tratamiento, es decir, en personas que ya hayan alcanzado cierta abstinencia y lleven un determinado plazo sin consumir, dependiendo

sin embargo del tipo de sustancia que hubiesen consumido. Esto se debe a que es necesario que para realizar un proceso y búsqueda activa de empleo eficiente se ha de poder desarrollar autonomía y estar abierto a la adquisición de habilidades sociales y laborales, y poseer cierta motivación, además, una persona que se encuentra en las primeras fases de tratamiento no puede adquirir un grado de empleabilidad más alto por razón de que posiblemente no tiene ni las habilidades, ni competencias necesarias para adquirir y mantener un puesto de trabajo. De hecho, no es poco común las personas que han perdido un empleo por sus conductas adictivas, provocando el consumo absentismo, falta de eficacia, falta de motivación... (Cruz Roja, 2002).

3.4.4. Metodología

Para llevar a cabo el proyecto se recogió bibliografía y fuentes secundarias acerca de modelos de integración sociolaboral ya existentes con el objetivo de realizar una investigación cualitativa previa. Además, como fuente primaria, se realizaron once entrevistas en profundidad a profesionales técnicos del campo de la integración sociolaboral y de las adicciones, algunos ejemplos de las preguntas efectuadas en estas entrevistas fueron: Sobre las diferencias que presenta la integración sociolaboral de personas con drogodependencia respecto a otros colectivos vulnerables, qué tipo de perfil en tratamiento es apto para empezar un proceso de mediación u orientación sociolaboral, cuestiones sobre el diseño de un proyecto de inserción sociolaboral, herramientas a utilizar, si se tiene en cuenta dimensiones de género y etnia a la hora de intervenir con población drogodependiente o si se posee en el programa en el que participan un profesional experto en empleo e integración que no sea el trabajador social o educador. Además, a parte de las entrevistas realizadas de tipo cualitativas, se desarrolló un grupo de discusión formado por seis usuarios entre veinticinco y cuarenta años de otros recursos en tratamiento con metadona.

Es decir, se utilizaron métodos cualitativos, alegando que la investigación cuantitativa se enfoca más la descripción de conceptos objetivos, en nuestro presente caso, estamos ante una materia que no es susceptible de reducirse a cifras y datos debido a su heterogeneidad y subjetividad, a la hora de redactar el documento y elaborar el modelo se trató de incluir la opinión fundamentada de profesionales sobre aquellos obstáculos en la inserción, la vinculación entre el concepto del empleo y un colectivo tan vulnerable como son personas con adicciones y de qué manera se podría incrementar esa empleabilidad, teniendo en cuenta las percepciones e historia de vida de los usuarios, al ser los principales beneficiarios, con la finalidad en todo momento de realizar itinerarios de inserción laboral lo más individualizado posible conociendo diferentes realidades a través de una investigación cualitativa.

3.4.5. Contenido del programa

Es primordial comenzar recalcando que el modelo está inspirado en el programa de intervención general que se ofrecen desde el servicio de empleo de la Cruz Roja, llegando a la conclusión que los itinerarios de integración individualizados que se llevaban a cabo dirigidos a colectivos vulnerables no podían ajustarse a los individuos con drogodependencia debido a una serie de necesidades específicas que tienen las personas con adicciones, por lo que el modelo parte de una previa investigación acerca de cuáles eran las circunstancias individuales y de contexto concretas de las personas con drogodependencia, con el objetivo de elaborar incorporar nuevas acciones en los servicios de empleo, elaborando un nuevo programa. En cuanto al modelo en sí, la novedad fundamental era la incorporación del mediador sociolaboral, el cuál sería la figura necesaria para llevar a cabo el proceso de mediación sociolaboral. Además, a pesar de existir dos primeras fases comunes para todos los usuarios que se beneficien

del modelo (Valoración inicial y fase de acogida), en todo momento se busca la personalización y la adecuación del proceso a sus necesidades. En el documento que elaboró la Cruz Roja (2002) para la concreción del modelo, se detallan los pasos a seguir en la mediación sociolaboral propuesta y que fueron desarrollados en la experiencia piloto:

1. Valoración inicial

La valoración inicial fue llevada a cabo por psicólogo, Trabajador Social y Educador Social, en coordinación con el resto de las profesionales del Centro de Atención a las Adicciones. En esa valoración se recogió información social, médica, psicológica, sobre el entorno y etapa del tratamiento en el que se encuentre y motivación para encontrar un empleo, además, se determinó si la persona es apta para poder beneficiarse de la mediación sociolaboral, en el caso de la experiencia piloto, al tener unos recursos temporales limitados, se incorporó en el proceso de mediación sociolaboral a los usuarios que debido a la fase en la que se encontraban de deshabituación, tuviesen condiciones idóneas para el mantenimiento de un empleo. Tras la valoración, se entregaba una ficha de valoración inicial al mediador sociolaboral y se le informará de todo detalle que sea relevante para el proceso.

2. Fase de Acogida

La primera parte de esta segunda fase está comprendida por una primera entrevista entre el mediador sociolaboral y el usuario, donde se empieza a completar la Hoja de Seguimiento y se determina en qué perfil predefinido encaja la persona con el objetivo de hacer una intervención más eficiente. Encontramos cuatro tipologías de perfil: Personas que ya se encuentran trabajando, personas de mayor empleabilidad, personas con empleabilidad más baja o media y personas con una empleabilidad complicada a causa del daño físico, psicológico, social producido por la adicción. En esta segunda fase se sigue recogiendo información del contexto y de la persona y se propondrán objetivos laborales, teniendo en cuenta que el usuario es el principal actor del proceso y no espectador, la persona tiene que participar en el proceso y así potenciar su autonomía, uno de los objetivos clave en la mediación. Durante las entrevistas realizadas en las fases de acogida se adecuan las expectativas del individuo con la realidad del mercado laboral en función de sus competencias, siendo el mediador sociolaboral quien informe de todos los recursos a los que la persona puede optar. Tras determinar el perfil de empleabilidad al que el usuario pertenece, se comenzarán a desarrollar actuaciones y acciones diferentes en función del perfil en el que se enmarque:

- Tipo 0 y 1- Personas que ya se encuentran trabajando o personas que tienen mayor empleabilidad, aunque carezcan de empleo

A causa de que estas personas tienen más autonomía y habilidades sociolaborales, se les derivará a las oficinas centrales de los Servicios Integrados de Empleo, ya que se puede trabajar desde servicios normalizados de trabajo, realizando la mediadora meras funciones de seguimiento. Los equipos de las oficinas centrales de los SIE elaboran junto a la persona un itinerario de integración personalizado.

- Tipo 2- Personas con empleabilidad media o baja

En este caso no posee tanta autonomía ni competencias en materia laboral como en el anterior perfil, además, se caracterizan por una menor motivación, rasgo fundamental para el incremento de los índices de empleabilidad, dado que si una persona no está dispuesta llevar a cabo las acciones necesarias para adquirir y mantener un trabajo, es complicado que lo obtenga,

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

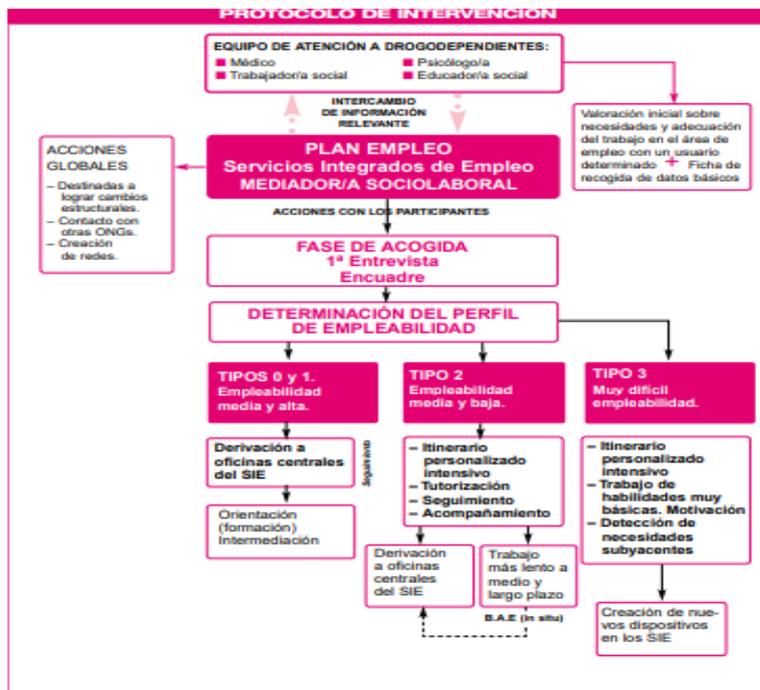
por lo que se desarrolla un itinerario personalizado en el contexto del centro, sin ser derivado a un recurso normalizado, pero en todo momento con el objetivo de encontrar un empleo a medio-largo plazo y evolucionar hasta enmarcarse en el tipo 1 de perfil, a través del establecimiento de metas determinadas en entrevistas con el mediador sociolaboral. Forma parte del itinerario los Talleres de Búsqueda Activa de Empleo, comenzando a buscar ofertas, y potenciando habilidades básicas (Ej. Higiene personal, lenguaje para entrevistas...).

- Tipo 3- Personas con difícil empleabilidad

En el momento en el que se elaboró el modelo propuesto, estaban haciendo efecto los estragos de la heroína de los años ochenta y noventa, que, hoy, aunque a menos magnitud, siguen estando presentes esas consecuencias. Es decir, en el año 2002, seguía habiendo consumo de heroína, pero los supervivientes de la epidemia de los años ochenta sufrían deterioros físicos y cognitivos que les complicaba la obtención no solo de un empleo, si no de una vida normalizada, encontrándose en programas de mantenimiento con metadona. Los consumidores y ex consumidores de heroína se encontraban en este perfil, carecían de habilidades básicas para el inicio de un itinerario laboral y no se planteaba a medio-largo plazo la obtención de un empleo, por lo que se desarrollaban itinerarios más focalizados en la formación y obtención de habilidades básicas. Es de gran utilidad en este tipo de itinerarios incorporar actividades grupales que sirvan de autoayuda. Además, se puede plantear a largo plazo el empleo protegido o en empresas de inserción.

En todo momento e independientemente del perfil en el que se enmarque la persona se utilizan los cuestionarios de autoevaluación, dirigidos a fomentar el autoconocimiento de la persona, así como durante la experiencia piloto fueron importantes la coordinación y el seguimiento de todo el equipo profesional de los Centros de Atención a las Adicciones.

Ilustración 2. Protocolo de Actuación Cruz Roja



Fuente: Cruz Roja (2002)

3.4.6. Recursos

En el Modelo de Integración Sociolaboral del colectivo con drogodependencia de Cruz Roja (2002), se mencionaron una serie de recursos utilizados para la elaboración y realización del modelo y experiencia piloto:

- Económicos:

En cuanto a los recursos económicos, podemos afirmar que el proyecto fue financiado por la Delegación del Gobierno a través de la Ley Fondo. Ya que este tipo de proyectos que buscan implantarse en el ámbito público, o bien, tienen beneficios para la sociedad, suelen tener financiación de la administración pública, en este caso, estuvo financiado por el gobierno del aquel momento. Por ejemplo, otros proyectos de índole social están financiados en parte por el Fondo Social Europeo.

- Materiales:

Es relevante mencionar como recurso material ambos Centros de Atención a las Adicciones donde tuvo lugar la experiencia piloto de la implantación del modelo, el Centro de Tratamiento con Metadona de Casa de Campo, y el Centro de Atención a la Drogodependencia de Ciudad Real, además de las Oficinas Centrales del Servicio Integrado de Empleo de la Cruz Roja. La dotación de cada centro y del Servicio Integrado de Empleo forman parte de los recursos materiales utilizados para el proyecto de integración sociolaboral. Durante el proceso de mediación sociolaboral se hizo uso de una serie de herramientas, las cuales sirvieron como instrumentos de recolección y concreción de la información, seguimiento y evaluación del usuario y de la actuación de los profesionales. Entre las herramientas de trabajo encontramos las fichas de valoración inicial, documento donde se realiza una primera evaluación de las necesidades del usuario; hoja de seguimiento, documento donde el mediador sociolaboral recoge la información de las actuaciones e intervenciones que se van llevando a cabo o el cuestionario de autoevaluación, para que el individuo sea capaz de analizar por sí mismo aquellas dificultades que tiene y reconocer los factores positivos que pueden repercutir favorablemente en la búsqueda de empleo.

- Profesionales:

En cuanto a los medios profesionales, se incorporó una nueva figura profesional de la que no se tenía constancia en la mayoría de los planes de integración sociolaboral, hablamos del mediador sociolaboral, cuyas funciones ya han sido descritas en el anterior epígrafe. El mediador sociolaboral trabaja constantemente en coordinación con el equipo profesional de los Centros de Atención a las Adicciones, siendo el enlace entre el programa de empleo a implantar y los profesionales de los centros. Fue necesaria la colaboración para que se desarrolle el proyecto de los equipos profesionales de ambos centros donde se llevó a cabo la experiencia piloto, formado por trabajadores sociales, educadores, psicólogos... Para la elaboración del modelo se requirió de once entrevistas en profundidad a técnicos expertos en la materia, quienes forman parte por lo tanto de los medios profesionales del proyecto, los profesionales provenían de Punto Omega, CAID de San Blas, Centro de Tratamiento con Metadona de Casa de Campo y Proyecto Hombre y otras organizaciones que no trabajaban de manera concreta con el

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

colectivo de personas con drogodependencia, si no que se dedican de manera genérica a la elaboración de itinerarios y programas de inserción laboral (Ej. Grupo Ágora).

3.5. Comparativas propuestas de inserción sociolaboral

Las cuatro propuestas analizadas presentan una serie de similitudes y diferencias, principalmente porque han sido desarrollados por entidades diferentes y en distintos espacios temporales, no obstante, las similitudes que se observan provienen de que todas las propuestas se focalizan en la potenciación de habilidades y competencias para mejorar la empleabilidad de las personas que se encuentran en tratamiento a causa de sufrir una adicción.

Para comenzar, se ha repetido en numerosas ocasiones los términos “individualización” e “itinerarios de inserción personalizados”, haciendo ver que las adicciones son complejas y heterogéneas sin que dos personas con circunstancias aparentemente similares puedan ser tratadas igual. Tanto en Proyecto Insola, como en el Plan de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, el Proyecto Macadam y la Propuesta de Integración Sociolaboral de la Cruz Roja hacían hincapié en la personalización y en el trabajo a partir de itinerarios de inserción o integración sociolaboral, en el caso del Plan de Adicciones de Madrid, al ser una propuesta genérica en materia de adicciones, se trabaja con una metodología de “itinerarios personalizados”, pero reservando un espacio en estos para la esfera sociolaboral, estos itinerarios son llevados a cabo por los equipos de los centros donde se implantan, teniendo en cuenta las perspectivas diferentes de los equipos multidisciplinares, dentro de los itinerarios personalizados ofrecidos en los ámbitos del tratamiento, se encuentran los itinerarios formativo-laborales, en Insola se denominan itinerarios individualizados de inserción, en Macadam, Itinerarios Personalizados, y en la propuesta de la Cruz Roja, itinerarios personalizados de integración, haciendo referencia en todos ellos que son flexibles y se adaptan a las circunstancias y características de la persona. Es necesario recalcar que todas las propuestas mencionan que para poder ser beneficiarios de la elaboración personalizada de estos itinerarios, los individuos tiene que encontrarse en tratamiento y a poder ser, en una fase más avanzada para que existan resultados más eficientes, ya que en una primera fase de tratamiento no se ha adquirido la autonomía necesaria para poder desarrollarse profesionalmente a causa de que no solo se tiene como objetivo el logro de un empleo si no también, el mantenimiento de este. A pesar de que en todos ellos se hace mención a los itinerarios de inserción, quizás, en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid es donde menos focalización hay, aunque el trabajo también se realiza mediante itinerario. Estos itinerarios se elaboran entre los profesionales de referencia y las personas usuarias, debido a que el usuario tiene que ser el sujeto principal de su proceso.

Una de las diferencias más evidentes es la incorporación de una figura específica como es el “mediador sociolaboral”, en la propuesta de la Cruz Roja, con el objetivo de experimentar los beneficios que aporta la implantación de una figura específica en la materia, el mediador sociolaboral es un profesional que informa, orienta, propone acciones y recursos a la persona beneficiaria del proceso de inserción laboral para satisfacer sus necesidades en relación con el empleo. En el resto de las propuestas se habla de equipos multidisciplinares formados por psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales... salvo específicamente en el Servicio de Orientación Laboral del Instituto de Adicciones (SOL), donde se contará con la presencia de un orientador laboral.

La cuestión más importante de cada análisis es en lo referido al contenido de la propuesta o también denominado plan de acción, cada proyecto sigue un plan de acción diferente, aunque comparten algunas similitudes, comenzando con que todos trabajan a partir de itinerarios individualizados. Hay una diferencia evidente que es el espacio temporal entre la

propuesta de la Cruz Roja y los otros tres planes de inserción, el proyecto de la Cruz Roja se elabora en un contexto (2002) en el que la heroína aún tiene bastante presencia en la sociedad española, no tanto porque siga existiendo el mismo consumo que a finales del siglo XX, que es cierto que aún hay consumo, sino porque las consecuencias a largo plazo de esa epidemia son muy claras en ese comienzo del siglo XXI, aunque a día de hoy los estragos de la heroína están presentes en aquellos que sobrevivieron, en el año 2002 era bastante más evidente que ahora mismo. Por lo tanto, la Cruz Roja a la hora de elaborar y llevar a cabo su propuesta de integración laboral tiene más en cuenta las consecuencias del consumo de heroína que en los planes más actuales, donde el cannabis y la cocaína toman más presencia. En cuanto a las fases de intervención, la Guía Metodológica de Orientación Sociolaboral del Proyecto Macadam desarrollado por la Asociación Progestión establece unas fases diferenciadas que van desde el análisis del entorno social y las características de los usuarios, hasta el desarrollo del plan de acción y el análisis de la intervención, a través de un seguimiento continuo y una evaluación final. La Cruz Roja también hace una división clara de las fases de intervención para el logro de objetivos: Valoración inicial, fase de acogida, determinación del perfil en el que encaja la persona, y desarrollo de las actuaciones y acciones concretas ajustadas al perfil de cada persona, por otra parte, en el Plan de Adicciones de Madrid 2022-2026, no se mencionan una serie de fases si no que se hace eco de unas líneas estratégicas y objetivos a cumplir en relación a las adicciones, siendo una de esas líneas estratégicas la facilitación de la integración laboral y socio relacional mediante actuaciones destinadas a la obtención de habilidades formativas, laborales y sociales, el Proyecto Insola por su parte menciona la importancia de la valoración previa del usuario y su entorno para posteriormente realizar un plan de acción ajustado a sus circunstancias, tanto en el Proyecto de la Cruz Roja como en el de Proyecto Hombre hacen especial hincapié en que la metodología a implantar con cada usuario en establecimiento de las acciones a desarrollar versará radicalmente en función del perfil con que se trabaja, ya que no es lo mismo una persona joven con adicción al cannabis que una persona de mayor edad que en el pasado consumió heroína y en la actualidad continua consumiendo otro tipo de sustancias. Aunque en Macadam y en el Plan de Adicciones de Madrid se habla de personalización e individualización, no se hace referencia expresa a que la metodología con cada perfil de usuario será diferente, de hecho, la Cruz Roja hace una clasificación concreta de los perfiles y las acciones a desarrollar, encontramos el tipo 0 y 1 con mayor empleabilidad, el tipo 2 con media y baja empleabilidad y el tipo 3 con mayores complicaciones para obtener un empleo. Además, aunque las fases de intervención sean diferentes en cada propuesta, siempre se parte de un estudio de las circunstancias personales y del entorno de la persona para enfocar mejor el trabajo con esta.

En todos los proyectos se hace alusión a la necesidad del seguimiento, evaluación continua y evaluación final. A pesar de que en todos ellos se busca la potenciación de las habilidades o adquisición de competencias nuevas, cada una de ellas propone actuaciones diferentes, la Cruz Roja referencia al “Taller de Búsqueda Activa de Empleo en el Centro de Atención a Drogodependencias” o el trabajo a través de itinerarios formativos y no laborales para personas con mayor deterioro. El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid es el más explicativo en cuanto a sus talleres de los cuatro, con el Servicio de Orientación Laboral y con los Talleres de Capacitación para el Empleo. La Asociación Progestión, para determinar sus actuaciones, a diferencia de las otras propuestas, hace una división entre las acciones individuales, grupales y formativas, mencionando como acción individual las “Tutorías de Orientación”, entre otras y como acción grupal, los “Grupos de Búsqueda Activa de Empleo”, Insola propuso un plan de acción innovador, a partir de programas basados en habilidades de la vida en entornos sociales cercanos y en un contexto más amplio, y como ocurre en la propuesta de la Cruz Roja, establece metodologías de trabajo diferentes en función del perfil con el que se interviene, teniendo en común en todos los perfiles la importancia que se le da a los aspectos

vinculados a la motivación y al entrenamiento de habilidades básicas y laborales, en Insola, se hace alusión a la colaboración con empresas de inserción y a su trabajo a través de la intermediación laboral, este último concepto no se menciona en las otras propuestas, y es que es fundamental desde la asociación la captación de ofertas de empleo adecuadas a los perfiles con los que trabajamos para poder obtener mayores oportunidades.

Otra de las diferencias que más nos ha llamado la atención es que en la Guía elaborada por Progestión y en la propuesta de la Cruz Roja se van mencionando en el documento explicativo las herramientas de trabajo a utilizar, en la propuesta de Progestión encontramos la “Ficha de Análisis Personal” y el “Acuerdo de Pasos a Seguir”, en la de la Cruz Roja, la “Ficha de valoración inicial” y la “Hoja de seguimiento”.

Todos los proyectos utilizan para elaborar su plan de acción una metodología de carácter cualitativo a través de la revisión bibliográfica de las aportaciones de otros autores. Como diferencia también podemos mencionar el alcance y el marco donde se implantan los modelos de intervención que se elaboran, el Plan de Adicciones 2022-2026 de Madrid busca implantarse en los recursos públicos del Instituto de Adicciones, como son los Centros de Atención a las Adicciones, es decir, tiene un largo recorrido estas propuestas y un mayor alcance, el SOL y los Talleres de Capacitación laboral se incorporaron hace años en Madrid. Por otra parte, la propuesta de Integración Sociolaboral para personas con Drogodependencia se buscó implantar del mismo modo en centros destinados al tratamiento de las acciones, de hecho, las experiencias piloto se realizaron en dos de ellos, en Madrid y Ciudad Real. En el caso del Proyecto Insola, tiene un largo recorrido desde el año 2016 hasta hoy, donde la metodología de trabajo ha ido mejorando, el espacio donde se implantan los itinerarios de Insola es en los centros pertenecientes a la asociación distribuidos por toda España, además, se aplica en recursos diversos, desde Centros de Día, hasta Comunidades Terapéuticas, Albergues o Centros de Internamiento para menores infractores. A diferencia de los tres últimos mencionados, Progestión con la elaboración de la Guía no solo ha pretendido utilizarse en el marco de la asociación y sus recursos, si no que uno de sus objetivos era que tuviese un alcance teórico y bibliográfico, aportando valor y recursos a los profesionales de la materia y compartir un modelo de trabajo e intervención para que sirva de herramienta de apoyo a los equipos multidisciplinares de diversos centros, recursos, instituciones... etc. Es decir, Progestión detectó una necesidad de falta de material teórico sobre la intervención concreta para la inserción sociolaboral de personas con adicciones y se propuso elaborar una guía metodológica de fácil acceso para los profesionales del sector.

IV. CONCLUSIONES

Formar parte de un colectivo vulnerable está estrechamente vinculado con tener más dificultades para obtener un empleo, generando este un doble beneficio claro, actuar como fuente de ingreso y como medio de socialización, además de poder ser un elemento motivador y clave para la integración laboral. El empleo es un factor importante de protección cuando aún no hay conductas adictivas. Se ha de entender que las adicciones son multicausales, y no se tienen que comprender solamente desde la perspectiva biológica y psicológica, ya que, por ejemplo, el entorno social es determinante tanto para el inicio del consumo como para la reintegración social y laboral, entender la drogodependencia desde el modelo psicosocial nos ayuda a enfocar propuestas de tratamiento más efectivas, sin priorizando únicamente el cese del consumo y la deshabituación.

Durante el análisis de la materia en el trabajo se han planteado algunas cuestiones vinculadas a las dificultades y beneficios de integración sociolaboral en personas inmersas en tratamientos contra las drogodependencias, y es que bien ¿Todas las personas en proceso de tratamiento y llevando a cabo acciones para potenciar su empleabilidad son susceptibles de una integración laboral completa?, la respuesta es que no, de hecho, en la parte empírica del trabajo, en el análisis de las propuestas de inserción sociolaboral, se hacen referencia a aquellos perfiles que tienen serias complicaciones para obtener un empleo, y por lo tanto, de lograr la inserción laboral en empleos normalizados, las personas enmarcadas en estos perfiles son usuarios de avanzada edad que llevan consumiendo sustancias muchos años, el trabajo propuesto por los profesionales se centrará en la obtención de habilidades básicas para llevar una vida diaria lo más normalizada posible, con la adquisición de capacidades básicas para el empleo y el planteamiento de prestar servicios a través de empresas de inserción. Es decir, aunque no siempre es posible conseguir la integración laboral completa, se puede focalizar el tratamiento en el logro de unas circunstancias vitales lo más normalizadas posibles y, sobre todo, que faciliten el cese total del consumo de la persona, y es que el empleo es de utilidad para poder evitar recaídas. No obstante, la gran mayoría de perfiles con los que se trabajan sí que son susceptibles de obtener un empleo y poder conseguir una reintegración sociolaboral total, debido a que tienen una mayor empleabilidad, es el caso de personas jóvenes con adicciones no tan alargadas en el tiempo, cuyas posibilidades de obtener un empleo es alta y se trabajará en la potenciación de habilidades y competencias laborales para incrementar la empleabilidad. Independientemente de la empleabilidad de la persona, se trabaja con los mencionados en numerosas ocasiones, itinerarios de inserción individualizados, el cual sirve para determinar los objetivos y el plan de acción a seguir para conseguirlos, siempre adecuándose a las circunstancias de las personas, en las cuatro propuestas de inserción consideradas se hace uso de estos itinerarios personalizados, siendo una herramienta de trabajo común no solo respecto al colectivo de personas con drogodependencia, si no que están dirigidos a cualquier colectivo vulnerable con dificultades en uno o varios ámbitos de su vida.

Una de las principales dificultades que hemos apreciado durante la elaboración del trabajo es que la complejidad de obtener un empleo no solo radica en los factores internos de una persona y en sus circunstancias, sino también en factores externos como son los prejuicios y estereotipos, aún más marcados sobre las personas con drogodependencia que respecto a otros colectivos vulnerables, se considera que no tienen capacidad para mantener un empleo e incluso, suele estar ligado socialmente a conductas delictivas, y es que, ese estigma también afecta de manera directa a las personas con drogodependencia a la hora de pedir ayuda o comenzar la búsqueda activa de un empleo, convirtiéndose en una barrera debido a la indefensión aprendida. Es necesario realizar cambios a nivel estructural para evitar los prejuicios hacia quienes han atravesado problemáticas de adicción, considerando que con una intervención ajustada a sus necesidades pueden realizar un trabajo similar al resto.

La individualización ha sido un término que junto con otros, ha aparecido de manera reiterada en el trabajo, y es que, no podíamos olvidar hacer referencia en esta última parte a este concepto, basándonos en la heterogeneidad de los usuarios que reciben tratamientos en los centros de atención a las adicciones, se elabora un plan de acción a través de itinerarios lo más individualizado posible, no existiendo dos personas ni dos procesos iguales, y es que, cuanto más ajustemos estas actuaciones dirigidas a la integración laboral, más efectividad tendrán estas acciones.

Por último, definir el concepto de resiliencia, capacidad a desarrollar y trabajar cuando una persona se enfrenta al monstruo de las adicciones, “Capacidad de una persona de asumir con flexibilidad situaciones límite, sobreponerse a ellas y salir fortalecida”.

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

V. BIBLIOGRAFÍA

Agencia Antidroga. (2007). *Lineamientos generales: Drogodependencias, inserción laboral y autoempleo*. [BVCM009508_Material Didáctico de Autoempleo e Inserción Laboral. Lineamientos generales: Drogodependencias, inserción laboral y autoempleo. Volumen I \(madrid.org\)](#)

Asociación Progestión. (2020). *Orientación Sociolaboral para personas con problemas de Adicción: Guía Metodológica*.
<https://progestion.org/archivos/2020/09/ORSOCIOLABORAL.pdf>

Ayuntamiento de Madrid. (2022). *Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022-2026*.
https://transparencia.madrid.es/FWProjects/transparencia/PlanesYMemorias/Planes/MadridSalud/Ficheros/PlanAdicciones2022_2026.pdf

Ciudad Joven, Fundación Atenea, Instituto de Adicciones y Lakoma Madrid. (2005). *Manual de Buenas Prácticas en Integración Laboral en Drogodependencia*.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ManualBuenasPracticasenIntegracionSociolaboral.pdf>

Cobas, M.E. (2005). La legislación más relevante en materia de adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 30(3 y 4), 382-399.
<https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/8c01eca8-8536-4622-94e7-908461e771af/content>

Consejo de la Unión Europea. (2021). *Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025*. [2021_Plan_Accion_UE_sobre_Drogas_2021_2025.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978.
[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. 20 de diciembre de 1988. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1988/12/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1988/12/20/(1))

Cruz Roja. (2002). *La integración sociolaboral de personas drogodependientes: Propuesta y puesta en práctica de un modelo*. Cruz Roja Española-Oficina Central.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/integracion_sociolaboral.pdf

De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Neira-León, M., Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el

futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500009

Díaz, L. Vicente, B., Arca, M., Moránguez, G., Ferrer, S. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. *MEDISAN*, 12(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247019.pdf>

Dirección General de Salud Pública. (2017). *Encuesta Domiciliaria Sobre Alcohol y Drogas Comunidad de Madrid Año 2017*. Comunidad de Madrid.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/encuesta_domiciliaria_sobre_alcohol_y_drogas_comunidad_de_madrid_2017.pdf

Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 303, de 2 de diciembre de 2000.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2000-82357>

Gallego, M. (2019). *El papel del trabajador social en materia de drogodependencias* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid].
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39802/TFG-G4056.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Los%20trabajadores%20sociales%20son%20parte,apoyo%20y%20situaciones%20de%20riesgo.>

Gamella, J.F. (1997). Heroína en España (1977-1996). *Claves de Razón Práctica*, 72, 20-30.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=151057>

García i Nogueroles, J.M. (2007). la integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (33), 1-25.
<https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950226003.pdf>

Guerra, L., López, I., López, M.C. (2010). Conceptos fundamentales en drogodependencia. *Universidad de La Coruña*. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/7134>

Guerrero, C. (2005). *Inserción Sociolaboral y personas en riesgo de exclusión* [14]. Universidad de Murcia.
<https://www.um.es/documents/4874468/16227664/tema6.pdf/19e4fe36-3052-4530-abd8-06e68111c864>

Guerrero, C. (2005). Itinerarios de inserción sociolaboral: una propuesta metodológica para personas en riesgo de exclusión social. *Revista especializada en formación y empleo de los colectivos en riesgo de exclusión del Comité Especial para el Bienestar Social*, 6, 1-25.

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

[https://www.researchgate.net/profile/Catalina-](https://www.researchgate.net/profile/Catalina-Romera/publication/39267931_Itinerarios_de_insercion_sociolaboral_una_propuesta_metodologica_para_personas_en_riesgo_de_exclusion_social/links/6093ac8fa6fdccaebd0dfd09/Itinerarios-de-insercion-sociolaboral-una-propuesta-metodologica-para-personas-en-riesgo-de-exclusion-social.pdf)

[Romera/publication/39267931_Itinerarios_de_insercion_sociolaboral_una_propuesta_metodologica_para_personas_en_riesgo_de_exclusion_social/links/6093ac8fa6fdccaebd0dfd09/Itinerarios-de-insercion-sociolaboral-una-propuesta-metodologica-para-personas-en-riesgo-de-exclusion-social.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Catalina-Romera/publication/39267931_Itinerarios_de_insercion_sociolaboral_una_propuesta_metodologica_para_personas_en_riesgo_de_exclusion_social/links/6093ac8fa6fdccaebd0dfd09/Itinerarios-de-insercion-sociolaboral-una-propuesta-metodologica-para-personas-en-riesgo-de-exclusion-social.pdf)

Gutiérrez, A. (2010). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Editorial Sanz y Torres. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=KbrVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=drogodependencias+y+trabajo+social&ots=RDXqGzhpEG&sig=BKQCHM4zryNqtMIAAIEGBhVoDE#v=onepage&q=drogodependencias%20y%20trabajo%20social&f=false>

Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. *Boletín Oficial del Estado*, 176, de 24 de julio de 2002. Otros format

Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de empresas de inserción. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 14 de diciembre de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/12/13/44/con>

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 240, de 5 de octubre de 2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>

López, S., Rodríguez- Arias, J.L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539004.pdf>

Lorente, R., Guamán, A. (2018). Expansión de la temporalidad y erosión de la relación de empleo estándar en España: ¿La irrupción de un nuevo paradigma de relación de empleo?. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 36(1), 35-63. <https://doi.org/10.5209/CRLA.59556>

Menéndez, C., García, E. (2018). Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, 32, 107-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6621675>

Melida, A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las ciencias*, 3(4), 310-326.

<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.4.oct.310-326>

Instituto de Adicciones. (2012). *Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

Instituto de Adicciones. (s.f). *Factores de riesgo en el consumo de drogas: guía para familias*. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/factoresRiesgo.pdf>

Manzanera, S., Ortiz, P., Hernández, M. (2016). Crisis del factor trabajo como vía de integración social. *Cuadernos de relaciones laborales*,34(1), 15-35. <https://portalinvestigacion.um.es/documentos/63c0b33b3df4c204fbb02230>

Martín del Moral, M., Fernández, P. (2017). Conceptos Fundamentales en Drogodependencias. https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pnd1985.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

Oteo, A. (2009) Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. *Revistas de Estudios de Juventud*, (84), 155-177. <https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-11.pdf>

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173. [file:///C:/Users/paula/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/paula/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYProteccionEnElConsumoDeSustancias-3130577%20(1).pdf)

Palomo, S. (2016). *Análisis de la inserción sociolaboral del colectivo drogodependiente*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20850/TFM-G600.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Proyecto Hombre. (s.f). *INSOLA: Proyecto de Integración Sociolaboral para personas con problemas de Adicción*. <https://proyectohombre.es/insola/media/pdf/Informe%20INSOLA.pdf>

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

Stocco, P. (2008). Las Comunidades Terapéuticas para el Tratamiento de la Drogodependencia en Europa. *Revista Española de Drogodependencia*, 33(3),272-290. [AESED_v33n3_2.pdf \(educacion.gob.es\)](#)

Mancho, A. (2018). *Programa de inserción sociolaboral para personas drogodependientes*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Valladolid]. [“PROGRAMA DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL PARA PERSONAS DROGODEPENDIENTES” \(uva.es\)](#)

Real Decreto 818/2021, de 28 de septiembre, por el que se regulan los programas comunes de activación para el empleo del Sistema Nacional de Empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 233, de 29 de septiembre de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/818/con>

Sánchez, A., Jiménez, M. (2013). Exclusión Social: Fundamentos teóricos y de la intervención. Trabajo Social Global. *Revista de Investigaciones en la Intervención Social*, 3(4), 133-156. [Exclusión social: fundamentos teóricos y de la intervención | Trabajo Social Global-Global Social Work \(ugr.es\)](#)

Torres, A. (2015). *Estudio de la drogodependencia: obstáculos en el proceso de inserción laboral*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de las Islas Baleares]. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1517/TORRES_FERNA%CC%81NDEZ_ALMUDENA_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torres, I. (2011). *La incorporación sociolaboral de las personas drogodependientes*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Murcia]. [get_file \(um.es\)](#)

VI. WEBGRAFÍA

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2009). *Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*. [Political-Declaration2009_V0984966_S.pdf \(unodc.org\)](#)

Adecco. (2024). *¿Qué es la empleabilidad y cuáles son sus factores?*. <https://www.adecco.es/insights/formacion/que-es-la-empleabilidad-y-cuales-son-sus-factores>

Ayuntamiento de Madrid. (2024). *Pisos de apoyo a la reinserción*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Servicios-y-Recursos-de-apoyo-al-tratamiento-y-la-reinsercion/?vgnextfmt=default&vgnextoid=ff53e9c912021210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=0815c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=5327550>

Madrid Salud. (2024). *Recursos de apoyo al tratamiento*. <https://madridsalud.es/adicciones/recursos-de-apoyo-al-tratamiento/>

Madrid Salud. (2024). *Instituto de Adicciones*. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Direcciones-y-telefonos/Instituto-de-Adicciones/?vgnextfmt=default&vgnextoid=daf6e0e1f181c010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=2bc2c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

Madrid Salud. (2024). *La integración sociolaboral en el Instituto de Adicciones de Madrid Salud*. <https://madridsalud.es/la-integracion-sociolaboral-en-el-instituto-de-adicciones-de-madrid-salud/>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Plan Nacional sobre Drogas*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/abordaje_terapeutico/Insercion_sociolaboral/home.htm

Observatorio Empresarial Para el Crecimiento Inclusivo. (2024). *¿Qué es el indicador Arope, ¿Qué representa y qué criterios utiliza?* <https://www.crecimientoinclusivo.org/que-es-indicador-arope-que-representa-y-que-criterios-utiliza/>

Proyecto Hombre. (2023, marzo). *La inserción laboral de personas con problemas de adicciones en Proyecto Hombre, más allá de un trabajo*. <https://proyectohombre.es/articulos/la-insercion-laboral-de-personas-con-problemas-de-adicciones-en-proyecto-hombre-mas-alla-un-trabajo/>

Proyecto Hombre. (2017, julio). *Clasificación de Drogas. ¿Duras? ¿Blandas?*. <https://proyectohombregranada.org/clasificacion-de-drogas-duras-blandas/>

Proyecto Hombre. (2019, mayo). *El empleo, un paso clave para la inserción sociolaboral de personas que han superado una adicción*. <https://proyectohombre.es/actualidad/el-empleo-un-paso-clave-para-la-insercion-sociolaboral-de-personas-que-han-superado-una-adiccion/>

La inserción sociolaboral de personas con drogodependencia: Análisis desde el trabajo social de propuestas de intervención sociolaboral en personas con adicciones

Pinto, T. (2017, julio). La distinción entre drogas duras y blandas es un argumento social, no científico. *El Diario*. https://www.eldiario.es/sociedad/drogas-alcohol-ciencia_1_3291502.html