

# COACHING PARA ADICTOS. INTEGRACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Alfonso Ramírez de Arellano

Edita: **Fundación Atenea Grupo Gid**

Con la financiación de: **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

Director de la Edición: **Alfonso Ramírez de Arellano**

Coordinación de la Edición: **Yolanda Manjón Dones**

Diseño y maquetación: **Natalia de la Torre**

Impresión: **Repromás**

ISBN: **978-84-935891-0-3**

Depósito legal: **M-24942-2012**

ABRIL 2012

# Coaching para Adictos. Integración y exclusión social

Alfonso Ramírez de Arellano



## **PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS**

### **PREFACIO**

- 1 INTRODUCCIÓN
- 2 RESUMEN HISTÓRICO
- 3 REVISIÓN DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS
  - 3.1 UN PROCESO DE SOCIALIZACIÓN
    - 3.1.1 UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL
    - 3.1.2 UN PROCESO CONTINUO
    - 3.1.3 UN PROCESO POSITIVO
  - 3.2 UNA MIRADA ÉTICA Y CULTURAL
  - 3.3 LA EXCLUSIÓN COMO FENÓMENO SOCIAL
- 4 LA METODOLOGÍA DEL ACOMPAÑAMIENTO Y EL ITINERARIO PERSONALIZADO
- 5 LAS DIMENSIONES DE LA INCORPORACIÓN SOCIOLABORAL
  - 5.1 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO. EL MÉTODO JERICÓ
  - 5.2 LA DIMENSIÓN INDIVIDUAL
  - 5.3 LA DIMENSIÓN DE RED SOCIAL Y FAMILIAR
  - 5.4 LA DIMENSIÓN COMUNITARIA O MICROSOCIAL
  - 5.5 LA DIMENSIÓN MACROSOCIAL Y POLÍTICA.
- 6 UNA REFLEXIÓN Y NUEVE CONCLUSIONES

### **BIBLIOGRAFÍA**

# Prólogo

¿Qué mejor nota introductoria que seguir la pista que nos abre el propio autor de este lúcido texto en su declaración de intenciones? Exploremos el origen del término que nos saluda en la caratula del libro: ese gerundio del verbo inglés *to coach* incorporado por uso al idioma castellano como *coaching* y su materialización en sustantivo *coach*.

Como acontece con frecuencia cuando se indaga acerca del origen de las palabras, el sendero etimológico se bifurca a los pocos pasos. Hay quienes suponen que el vocablo *coach* se atribuye a una imitación del sonido de la palabra francesa de uso medieval *coche* (los ingleses admiraban en secreto a los franceses, y les solían copiar modas y palabras). El término francés estuvo, a su vez, precedido por el alemán *Kutsche*, proveniente a su vez del húngaro *Kocsi*, referido a los habitantes de una pequeña ciudad magiar llamada *Kocs*. Los artesanos de *Kocs* construyeron y firmaron con el nombre de la ciudad los primeros carruajes tirados por caballos empleados para el transporte de pasajeros entre Budapest y Viena. Varios siglos después, en el Madrid de otrora, esos carruatos fueron llamados «coches». Otros derivan *coach* (y *coche*, en nuestra lengua) del italiano *cocchio*, diminutivo de *cocca*, y proveniente del latino *concha* (y a su vez del Sanscrito *cankha*) —caparazón de ostras y mejillones— cuya forma reproducían las carrocerías de los carruajes antiguos.

¿Qué nos enseña esta investigación etimológica e histórica? Sencillamente que *coaching* —que en su uso actual en nuestro idioma equivale a «guía», «instructor» o «entrenador»— hereda de sus orígenes la descripción de las habilidades que eran requeridas para guiar un carruaje. Por extensión, a quienes guiaban esos carruajes a través de las intrincadas sendas medievales, se les exigía que supieran cuál era el destino deseado por los pasajeros. A su vez, los pasajeros debían reconocer su condición de expertos guías y entregarles las riendas confiando en que sabrían elegir el camino más apropiado controlando los azares de la ruta y aun el temperamento de los pasajeros.

En el camino que marca este libro, Alfonso Ramírez de Arellano se convierte en nuestro meta-coach: un guía de guías, un acompañante de

acompañantes. Así nos ofrece una orientación acerca de los objetivos, el terreno y las circunstancias que rodean al complejo tema de las adicciones. Señala el repertorio de problemas y de caminos alternativos para su posible resolución, nos indica qué derroteros merecen ser seguidos dependiendo de sus múltiples circunstancias y contextos. Aun más, nos enseña cómo facilitar el proceso azaroso de intentar llegar a destino sin violentar innecesariamente a quienes nos han delegado la conducción —de hecho, permitiéndonos en parte ser guiados por ellos mientras mantenemos en mente la brújula que nos orienta hacia el objetivo común. “Si conservas tu cabeza, cuando otros a tu lado...” recomendaba, un tanto didácticamente, Rudyard Kipling.

Un merito agregado a la lectura de *Coaching*, adicciones e integración social, es que nos invita a incorporar a nuestra óptica la lente de la complejidad. No se trata de que problemas biopsicosociales tan intrincados como las adicciones puedan ser desgajados en elementos dominantes y subalternos. En este sentido nos dice el autor: se trata de un cubo de rubik en el que las influencias sociales afectan de manera diferente a la gente según sus proclividades genéticas y sus experiencias de vida temprana y actual; y que las experiencias de vida temprana y actual afectan a cómo se metabolizan tanto las experiencias sociales como las proclividades genéticas; y que las proclividades genéticas contribuyen a modular las experiencias de vida temprana y actual así como los impactos del medio macrosocial. A su vez, el colectivo social materializa en su legislación las cambiantes convenciones sociales —aquello que en cada momento histórico es definido como aceptable o no—, lo que genera una contención en la expresión de esa combinación recursiva de influencias de la que hablábamos más arriba. Esa contención varía a medida que cambian las normas sociales, la legislación y la implementación de las políticas de salud pública. La omnipresencia de la óptica de la complejidad en este libro permite a Ramírez de Arellano adentrarse en las diversas variables en juego en el fenómeno de las adicciones y, a la vez, evitar la irrelevancia de las «simplificaciones terribles» que surgen cuando uno se enamora de las partes y pierde de vista el conjunto.

Al discutir con maestría las partes a la vez que recordar con cautela el conjunto, el autor aboga por un *coaching* contextualizado que nos provee de herramientas y direcciones enriquecedoras, pero sin prometer

soluciones ilusorias. Nos ofrece así brújulas sólidas para el arduo trabajo de acompañar a las personas con adicciones en su batalla para librarse de su dependencia, y enciende luces en ese camino que nos llenan de esperanza.

Dr. Carlos E. Sluzki  
Profesor de Salud Global y Comunitaria  
George Mason University

## Agradecimientos

Quiero agradecer a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas la financiación de esta publicación y a la Fundación CREFAT que la haya considerado merecedora de un accésit en la modalidad de ensayo e investigación en la 20ª edición nacional de los Premios Reina Sofía 2011.

A la Exma Diputación de Huelva, particularmente a mis jefas, su apoyo en la realización de este libro y a mis compañeras de trabajo su paciencia y comprensión durante su realización.

A Paz Casillas la acogida del proyecto dentro de la Fundación Atenea. A Yolanda Manjón su apoyo constante y su amabilidad. Al profesor Carlos E. Sluzki su generosa colaboración. A Jaime Benavente su sugerencia.

En el grupo de mis más estrechos colaboradores siempre se encuentran amigos íntimos y familiares que me apoyan incondicionalmente y me critican sin piedad. Gracias a Lola, Cristina, Luciano, Juan Carlos, Cipri y Domingo. A ellos hay que atribuirles muchas buenas sugerencias y la eliminación de no pocos errores.



# Prefacio

Declaración de intenciones

## ¿Por qué *coaching*?

La intención al emplear en el título del libro este anglicismo, que procede del verbo *to coach* y significa entrenar, es llamar la atención sobre un fenómeno creciente que está implicando a segmentos sociales diferentes. Por una parte, dentro del segmento de las personas socialmente integradas y con cierto poder adquisitivo hay quienes se acercan al *coaching* como forma de mejorar su desempeño personal o laboral. En ocasiones el éxito tiene un coste personal demasiado elevado, sobre todo para algunos emprendedores y trabajadores autónomos. El *coaching* persigue el éxito profesional pero también la integración personal. No se trata de sacrificar la vida por los negocios, sino de poner los negocios al servicio de la vida. Por otra parte, muchas personas desempleadas con diversos riesgos o grados de exclusión social necesitan disponer de una herramienta que les permita mejorar sus posibilidades de integración sociolaboral más allá de la suerte de una bonoloto o un cambio de ciclo económico. Ambos grupos pueden beneficiarse de un proceso de asesoramiento personalizado que combina la búsqueda de recursos propios, la reflexión sobre sus barreras personales y la adquisición de determinadas habilidades instrumentales. En el segundo caso ese procedimiento se denomina acompañamiento para la integración y en el primero *coaching*, que suena más postmoderno. Ambos proponen un mejor conocimiento de las capacidades y las limitaciones personales, una mejor administración de los recursos, la clarificación de los propios objetivos y la adopción de una actitud coherente con esos valores: proactiva, sostenible y responsable. Ambos procesos son educativos en el sentido auténtico del término, son procesos de acompañamiento personalizados y buscan la optimización de los resultados respetando lo que cada persona entiende por ello.

Los clientes del *coaching* suelen ser ejecutivos, empresarios y profesionales, mientras que los usuarios del acompañamiento suelen estar desempleados y pueden estar en riesgo de exclusión social. El *coaching* se establece en un marco de relación privada entre las partes (como el que regula la consulta de un psicoterapeuta con su paciente, por ejemplo); mientras que el acompañamiento del itinerario personalizado de integración se ofrece a través de un servicio público como el que se dispensa, por ejemplo, en salud mental. En un futuro nada impide imaginar un *coaching* para profesionales de la integración con financiación pública o privada dado que el *empowerment* y el *counseling* ya existen.

### ¿Por qué adicciones?

En un libro anterior poníamos entre paréntesis la primera parte de la palabra (drogo)dependencia precisamente para llamar la atención sobre la segunda parte: la dependencia. La dependencia es aquí lo determinante, ya sea de una sustancia, de una actividad o de una persona; de ahí que el término adicción sea más apropiado que drogodependencia para definir el concepto. Las adicciones pueden conducir directamente a situaciones de exclusión social, pero con frecuencia son solo un factor más de los que deterioran la integración de las personas. Ser dependiente de una droga o una actividad como el juego, padecer un trastorno de personalidad por dependencia, ser proclive a establecer relaciones dominadas por la subordinación o caer en las situaciones de alienación y sumisión a las que conduce la dependencia psicológica extrema, son factores de riesgo para la integración social y la salud de cualquier persona.

Cuando una persona adicta solicita ayuda en un servicio para mejorar su incorporación social, se establece una relación entre esa persona y quien presta el servicio que puede estar basada en la dependencia o en la autonomía. Si pudiéramos representar esas relaciones sobre una gráfica en un plano, en el eje vertical estarían las relaciones de obediencia y dependencia, mientras que en el eje horizontal estarían representadas las relaciones de cooperación entre iguales. Según esta **geometría de las relaciones** el proceso de asesoramiento para la incorporación social implica desarrollar una propuesta de relación horizontal. A veces,

gran parte del trabajo consiste en pasar de la verticalidad de la dependencia a la horizontalidad de la colaboración, lo que suele ir acompañado en el usuario de un crecimiento personal y de una generalización del aprendizaje a otros campos y a otras relaciones.

Los expertos en adicciones podemos aportar nuestra experiencia en superar la dependencia mediante el desarrollo de la autonomía personal aplicada a multitud de situaciones, que podrían ir desde cómo adaptarse de la manera más autónoma posible a una discapacidad, hasta cómo salir de una situación de maltrato.

### ***¿Por qué integración?***

El concepto de integración social del que partimos es positivo y continuo, como el concepto de salud. Todas las personas pueden hacer algunas cosas para mejorar o mantener su salud y su grado de integración. Nuestra tarea como científicos es descubrir y describir cuales son los factores más relevantes en ese aprendizaje. De igual manera podemos emprender algunas iniciativas como sujetos sociales, porque desde la acción social y política también se pueden modificar los factores determinantes de la inclusión y la exclusión social. Aquí nuestra tarea consiste en analizar cuáles son esos factores estructurales que producen y reproducen socialmente la exclusión. Todos sabemos que hacer ejercicio o evitar fumar es bueno para nuestra salud, pero quizá no tengamos tan claro que mantener una red social rica y variada es tan importante para nuestro corazón como evitar el exceso de colesterol. Analizar cuales son los factores individuales y de la organización social que impiden dar esos pasos tan simples y saludables es pensar de forma política, e intentar modificarlos es actuar políticamente.

### ***¿Por qué exclusión?***

Las políticas de lucha contra la exclusión surgen en Europa muy relacionadas con la concepción de colectivos excluidos. En la actualidad creemos que es posible y necesario superar el concepto de colectivo para centrarnos en la persona y en los derechos universales. Cualquier

persona puede padecer uno o más factores de exclusión en momentos determinados de su vida (las adicciones son uno de ellos), y todas las personas deben tener derecho a acceder a un sistema de protección social universal similar al sanitario. Dicho sistema, siendo universal, debe estar a disposición de todos los ciudadanos aunque sea más utilizado por quienes más lo necesiten. Sin desaprovechar los avances realizados en diversos subsectores (minusvalías, dependencias, migración, personas sin hogar) debemos superar el concepto de protección social segmentado por colectivos, según el cual para acceder a un servicio o disponer de un recurso lo primero que hay que comprobar es si ese recurso existe para el colectivo al que se pertenece. El único colectivo al que necesitamos pertenecer es al de la ciudadanía, siempre que las entidades nacional (España) y supranacional (Europa) a las que hace referencia esa ciudadanía, sean capaces de garantizar los derechos sociales como garantizan los del capital.

¿Por qué entonces utilizar la palabra exclusión? Simplemente porque, no habiendo de momento otra disponible, expresa semánticamente la oposición al concepto de inclusión.

# 1 Introducción

Existen muchas definiciones de ser humano. Cada una pone el acento en el aspecto que le interesa destacar. La capacidad de pensar da lugar a la acepción universalmente conocida de «homo sapiens» y la de sentir al «animal sentimental» de Ana Frank. El «mono gramático» de Octavio Paz hace referencia a la capacidad de utilizar el lenguaje y el «homo ludens» de Huizinga a la capacidad de jugar. Todas clasifican al hombre como una especie animal muy particular. Todas tienen sus ventajas y sus inconvenientes.

Nuestro caso no es diferente. En nuestro caso lo que buscamos destacar es la dimensión social del hombre o, en palabras de Karl Marx, el hecho de que el hombre esté constituido por sus relaciones. Podemos decir que el ser humano es un animal gregario y cultural, lo que lo convierte en un ser doblemente social. La dimensión social pues, forma parte sustancial de la identidad del hombre, de ahí la importancia de una integración social satisfactoria para su plena realización como ser humano.

Las adicciones y las drogodependencias representan una de las amenazas que pueden afectar negativamente a la integración social de las personas. No solo deterioran la salud psíquica y física, también la social. A pesar de ello, la integración social ha sido la gran olvidada de los últimos años en comparación con otras áreas clásicas de intervención en drogodependencias como la prevención o la asistencia. La vertiente social se ha ido difuminando en el modelo biopsicosocial sobre el que se construyó la intervención profesional del sector. El abordaje de las drogodependencias y adicciones es cada vez más «bio», un poco menos «psico» y casi nada «social».

Históricamente ha existido una relación muy estrecha entre integración y asistencia. Todo el que ha trabajado en el sector conoce la dificultad que entraña separar nítidamente los objetivos de integración social de los específicos del tratamiento sanitario con la consecuencia, hasta ahora, de supeditar los primeros a los segundos. En este trabajo vamos a intentar invertir esa tendencia.

Aunque desde la perspectiva del sujeto no se pueden separar los procesos de tratamiento e integración dentro de la continuidad existencial, eso no quiere decir que sea la misma lógica la que deba guiar la organización de los servicios profesionales. Desde la óptica de la integración, el itinerario personalizado de incorporación puede ser lo

que cobre centralidad frente al resto de elementos, que pasan a ocupar un lugar subordinado (incluidos los aspectos relacionados con el tratamiento).

La perspectiva social y la sanitaria son los dos enfoques más generales desde los que se pueden contemplar los procesos y las actuaciones relacionadas con las adicciones. Así, de igual manera que el tratamiento sanitario de las adicciones se considera como una forma de mantener y mejorar la salud, también se puede contemplar dicho tratamiento como un elemento que contribuya a mantener y mejorar la integración social.

Siempre que sea posible estableceremos conexiones entre conceptos, modelos teóricos y metodologías procedentes de ambas perspectivas, particularmente las aplicadas a la promoción de salud y a la promoción de la integración. Una y otra están experimentando un desarrollo paralelo, casi idéntico en algunos aspectos, pero con frecuencia se ignoran mutuamente en virtud del proceso de especialización en el que se hallan inmersas como disciplinas científicas.

Por otra parte, la relativa invisibilidad de la integración social no se ha limitado al ámbito de la actividad asistencial, también se ha dado en los procesos de investigación y evaluación. De un tiempo a esta parte, las publicaciones que más abundan son las de carácter clínico donde, hasta cierto punto, pueden ir de la mano los enfoques psicoterapéuticos y los farmacológicos, siempre con mayor peso de estos últimos debido al estímulo de la industria farmacéutica. Los enfoques sociales y psicosociales sobre integración escasean o brillan por su ausencia.

Pero a pesar de que la integración social y laboral no ha sido el área mejor tratada por la investigación académica ni por los estudios realizados a partir de experiencias concretas, ha seguido practicándose y desarrollándose en las últimas décadas. Uno de los propósitos del presente estudio es sacar a la luz ese trabajo, ofreciendo una visión general de lo realizado en nuestro país. No pretende ser un catálogo sistemático, más bien un relato comprensivo del conocimiento acumulado sobre teorías, métodos y prácticas que contribuya a colocar la integración social en el lugar que le corresponde.

Pero sobre todo interesa describir la cuestión desde el punto de vista de las personas. Desde el lado de las personas que padecen proble-

mas relacionados con drogas o adicciones para describir las principales dificultades a las que se enfrentan; y desde el punto de vista de los técnicos, para describir las respuestas que han ensayado hasta ahora. Confiamos en que el resultado sea útil para investigadores, planificadores, técnicos de la intervención, asociaciones y personas interesadas en disponer de información actualizada sobre el tema en nuestro país.

Conscientes de que la integración social y laboral de las personas adictas comparte muchos aspectos con la situación de otros colectivos, confiamos en que los resultados puedan ser aplicados también a esos otros problemas. Es más, constituye un objetivo del presente estudio contribuir al desarrollo de metodologías de incorporación social y laboral de personas vulnerables, excluidas o en riesgo de exclusión, ya que asumimos la crítica a la articulación de políticas sociales en función de colectivos.

En opinión de Alfonso López, director de la Fundación Sartu, la catalogación en función de colectivos tiene el riesgo de responder más a una visión estereotipada que a las necesidades reales y plantea, al menos, tres problemas importantes:

- Cuando se organiza la política de esta manera, se da la paradoja de que si una persona necesita de un determinado servicio lo primero que tiene que hacer es identificarse como miembro de un colectivo y, después, ver si para ese colectivo determinado existe el servicio. En general esto no ocurre en los sistemas sanitario o educativo.
- Se establece una división de la sociedad un tanto irreal, porque se puede pertenecer simultáneamente a varios colectivos (mujer, mayor de 45 años, inmigrante, drogodependiente, etc.) y también ser miembro de uno de esos colectivos y no padecer ningún problema de exclusión.
- A veces se priorizan determinadas políticas en función de la moda o de la alarma social relacionada con un determinado colectivo, lo cual lleva aparejado cierto abandono de la planificación rigurosa a medio y largo plazo. Además fomenta la idea que defiende que “para que se preste atención a un problema social hay que crear conflicto”.

En consonancia con todo esto están surgiendo dispositivos cuyo objetivo principal es la incorporación sociolaboral de personas con el



denominador común de encontrarse en situación de vulnerabilidad social o en riesgo de exclusión, y no tanto de pertenecer a un colectivo específico como el de drogodependientes.

De todas formas resultará imposible sustraernos completamente a la terminología relacionada con los colectivos a lo largo del texto, ya que la producción bibliográfica relacionada con la exclusión parte de ese supuesto.

También en el ámbito europeo y nacional se plantean medidas estructurales relacionadas con la cohesión social o la lucha contra la exclusión y la pobreza, no referidas a colectivos específicos. *El plan Europa 2020. Una Estrategia para un Crecimiento Inteligente, Sostenible e Integrador* es un ejemplo de ello y las *Propuestas del Tercer Sector de Acción Social para una Estrategia de Inclusión Social 2020 en España*, otro. Entre los objetivos prioritarios de la primera se encuentran reducir significativamente el desempleo, reducir en veinte millones el número de personas en riesgo de pobreza y reducir significativamente el fracaso escolar. Medidas que tendrán que concretarse en planes nacionales de inclusión. Entre las propuestas de la segunda estrategia citada se encuentran: erradicar la pobreza severa y reducir drásticamente la pobreza infantil; garantizar un sistema de ingresos mínimos para todo el estado; luchar contra la exclusión educativa, el abandono y el fracaso escolar; y mejorar la coordinación entre protección social, formación y acceso al mercado laboral.

El presente trabajo hay que entenderlo como una aportación del subsector de las drogodependencias a las estrategias de resolución del problema general de la inclusión social.

Respecto a la perspectiva metodológica de la intervención hay que tener en cuenta que en la incorporación social y laboral de drogodependientes y adictos se dan circunstancias muy variadas. A veces esas circunstancias exigen que el sujeto realice un profundo cambio de actitud como el que implica, por ejemplo, pasar de la situación de parado a la de buscador activo de empleo; o de la situación de víctima de las circunstancias a la de sujeto activo en su proceso de incorporación. En otros casos lo que se hace necesario es acercar los recursos a las personas, ponerlos a disposición de quien pueda y quiera usarlos para mejorar su integración. A tal efecto es preciso disponer de una metodología capaz de adaptarse de forma flexible a ambas circuns-

tancias, así como a todas las posibilidades intermedias que puedan presentarse. Para ello debemos recurrir a dos conceptos específicos de la incorporación social: el acompañamiento y el itinerario personalizado de incorporación sociolaboral.

El concepto de **acompañamiento**, sugerido por J. Funes y E. Raya, y del que se pueden rastrear sus orígenes en la obra de Carl Rogers, ha suscitado suficiente consenso como metodología de intervención en el ámbito de la incorporación sociolaboral. Como veremos más adelante, se trata básicamente de *una forma de entender la relación social y educativa. Una forma de trabajar con recursos, métodos y técnicas diversas para facilitar el desarrollo personal, la maduración social y la autonomía de las personas... partiendo de la consideración de la persona como un sujeto activo, como protagonista de su propio proceso de incorporación.*

El **itinerario personalizado de incorporación sociolaboral (IPI)** es, a la vez, el procedimiento y el resultado de la aplicación de una metodología basada en la colaboración, el asesoramiento, la consulta, el apoyo y la toma de decisiones de forma colegiada entre la persona y el profesional.

Se trata de describir la metodología de intervención y de ofrecer una visión general de los recursos aunque no constituyan una red homogénea, no hayan alcanzado el mismo grado de desarrollo, ni estén distribuidos equitativamente por el territorio. Sin olvidar nunca dos aspectos fundamentales: uno, que el protagonista de cualquier proceso de incorporación siempre es el sujeto, no el profesional; y dos, que el recurso principal es el profesional, no la prestación o el servicio específico que se proporciona. Más concretamente conviene destacar la importancia de la relación de colaboración que establece el profesional con el usuario, ya sea como acompañante, mediador o potenciador (*empowerment*) de los recursos propios de los usuarios. El profesional de la integración es como un *coach* de la incorporación social y laboral.

El procedimiento elegido para la exposición del trabajo está inspirado en lo que Ortega y Gasset denominó Método Jericó o «ataque indio» y consiste en *“conquistar la idea como los hebreos Jericó, dando vueltas alrededor de sus muros...y de vez en cuando haciendo tocar las trompetas”*, desarrollando una espiral en torno al problema que per-

mita contemplarlo desde diversas distancias y a diversas alturas. En nuestro caso lo empleamos con un propósito didáctico y descriptivo. Asumiendo que ninguna perspectiva por si sola es capaz de ofrecer una visión completa del fenómeno, el método consiste en ofrecer múltiples perspectivas complementarias (reconociendo, eso sí, que el ojo que mira es siempre el mismo). En nuestro caso nos proponemos aproximarnos a la incorporación sociolaboral desde la perspectiva individual, desde la perspectiva de la red social personal del individuo, desde la comunitaria y desde la macrosocial y sociopolítica; desarrollando una espiral ascendente que permita contemplar el fenómeno desde diversos puntos de vista.

El trabajo trata de presentar, como hemos dicho, el panorama de la incorporación sociolaboral tanto desde la perspectiva de las necesidades de los sujetos, como de las respuestas técnicas e institucionales que se han desarrollado a lo largo de estos años; pero también desde el análisis de la adecuación de unas a otras. Porque cuando necesidades y respuestas no coinciden, cuando los programas son insuficientes o no se adaptan a la realidad de los individuos, se produce un divorcio que suele terminar culpabilizando a las personas. En el caso de las drogodependencias el discurso culpabilizador viene a decir lo siguiente: “los drogadictos no solo son los responsables de su adicción sino que además están en el paro y no se integran porque no quieren”. Un discurso similar, con pequeñas variaciones, podemos escuchar sobre otros colectivos y minorías: los gitanos no se integran porque no les conviene, a los inmigrantes con problemas nadie los ha llamado, los presos viven como reyes en las cárceles modernas, los infectados por el virus del VIH se lo han buscado ellos solos, etc.

Para terminar esta introducción con un mensaje positivo diremos que el trabajo trata sobre lo que la sociedad y las personas en riesgo de exclusión pueden hacer en favor de la incorporación social. La sociedad puede favorecer la incorporación social potenciando valores de convivencia y solidaridad que inspiren las políticas sociales. Los individuos, por su parte, pueden trabajar por esa integración adoptando una actitud comprometida con su sociedad y proactiva en su proceso de incorporación. En medio de una y otros están los profesionales de la incorporación sociolaboral, con frecuencia injustamente olvidados, a los que este trabajo quiere rendir tributo.



## 2 Resumen histórico

¿Cómo empezó todo? Recurriendo a Domingo Comas, que ha descrito muy acertadamente la evolución del consumo de drogas en nuestro país en los últimos años, podemos resumir lo siguiente:

Hasta la década de 1960, el consumo de drogas en España tenía unas características muy distintas a los países de nuestro entorno. El aislamiento político y cultural y el retraso socioeconómico, configuraban una barrera contra cierto tipo de drogas y ciertos hábitos de consumo, al tiempo que otras drogas y otros hábitos de consumo tomaban carta de naturaleza entre nosotros. Los tres fenómenos más típicamente españoles, aparte del alcohol y el tabaco, se situaban en el consumo generalizado de anfetaminas –«las españolas», como se las llamaba en el resto de Europa-, la presencia de cannabis en forma de grifa en ambientes delincuenciales y un importante número de morfinómanos más o menos tolerados e institucionalizados.

(...) Durante la época de los sesenta se producen importantes cambios culturales y económicos (turismo, industrialización, urbanización, expansión universitaria, etc.) sobre los que comienza a articularse un proceso de «normalización» en relación con nuestro entorno europeo, y este proceso, en relación con el tema drogas, supondrá una incorporación al tipo y hábitos de consumo del resto de los países (...)

Hasta 1973 la única droga ilegal disponible en el mercado español, aparte del trío mencionado, es el cannabis, que en forma de hachís comenzaban a consumir grupos aislados de jóvenes universitarios influidos por la imagen norteamericana de la contracultura. También era posible acceder, aunque no se trataba de un consumo habitual, a diferentes alucinógenos procedentes de Norteamérica... La aparición de la heroína en 1973 modificaría radicalmente el panorama. Desde una perspectiva sociológica la heroína ha articulado el proceso de «normalización», de incorporación a las pautas de la «modernidad» en lo que a consumo de drogas se refiere, para la sociedad española. Una transición que duró varias décadas en el resto de los países europeos, con altibajos y distintas drogas de referencia, se produjo en España en menos de una década alrededor del consumo de heroína por vía intravenosa, lo que exacerbó todos los problemas y permitió una dramatización abusiva de todo el fenómeno. Fue una sociedad periférica que recibió repentinamente la visita del aspecto más implacable de un hábito que hasta entonces había desconocido (...)

El 73 no solo supuso la implantación del consumo de heroína, sino también la aparición de todo el complejo de las drogas ilegales (...) a

principios de los años ochenta se había alcanzado un nivel similar al resto de los países europeos, cuyo proceso, en algunos casos (como Suecia, Inglaterra u Holanda), se había iniciado en los años cincuenta. Tras el salto de los setenta la situación tendió a la normalización, y los procesos serían más lentos y más equilibrados (Comas, 1990).

También hay que mencionar que, contrariamente a lo que sucedió en los países de nuestro entorno, el consumo de drogas legales: alcohol y tabaco, no hizo más que incrementarse desde los años cincuenta, lo cual llevó al autor a afirmar (al menos en 1990) que “España se ha incorporado a Europa en lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, pero no en lo que se refiere al consumo de las legales, cuya masiva presencia sería en términos comparativos un síntoma de tercermundismo” (Comas, 1990).

La aparición en un breve espacio de tiempo de un gran mercado de drogas ilegales, el incremento del consumo de las sustancias legales y la dependencia de la heroína como fenómeno más visible de todo el conjunto, tomaron por sorpresa a la sociedad y a las instituciones, poniendo de manifiesto demasiados problemas y contradicciones<sup>1</sup>.

En lo que se refiere específicamente al concepto de **incorporación social** hay que decir que en la década de 1970, este concepto no se relacionaba con las drogodependencias y adicciones por muchas razones.

En primer lugar porque el consumo de drogas ilegales no estaba tan extendido como ahora y, los consumidores más o menos habituales de cannabis, LSD, heroína o psicofármacos sin prescripción (anfetaminas o barbitúricos frecuentemente mezclados con alcohol) eran considerados «drogadictos», término que tenía un significado muy peyorativo y alejado de lo que hoy se entiende por adicto. En segundo lugar, las adicciones no relacionadas con sustancias eran inimaginables aunque, entonces como ahora, hubiera personas dependientes de las

<sup>1</sup> El capítulo primero de *Actuar Localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales*, GID, Madrid, 2002, está dedicado precisamente a los problemas y contradicciones que las drogodependencias, como fenómeno social de las últimas décadas, pusieron de manifiesto en la sociedad española: inadecuación de los servicios sociales y de atención primaria para atender al problema, falta de referencias culturales, contradicciones respecto a las sustancias y a los consumidores, dudas respecto a la familia y la escuela, crisis de valores, dificultades de emancipación juvenil y determinada forma de hacer política.

más diversas actividades y situaciones. En tercer lugar, las drogas legales no eran consideradas drogas. La droga con mayúscula desde finales de la década de 1970 era la heroína. Sus consumidores eran yonquis y a nadie se le ocurría llamar droga al alcohol o al tabaco porque podía considerarse ofensivo. Ya entonces las consecuencias del consumo de drogas legales representaban el mayor problema de salud pública, pero eso no se correspondía con la percepción social general.

Si alguien padecía un problema relacionado con el alcohol, su entorno inmediato trataba de minimizarlo u ocultarlo. Se buscaban explicaciones pseudocientíficas (debilidad de carácter, dificultad para metabolizarlo), o se realizaban valoraciones morales que identificaban la adicción con el vicio, aunque los casos más graves podían terminar con demencia en hospitales psiquiátricos. El concepto de integración social estaba aun por llegar. Respecto a la adicción a sustancias ilegales la situación era como la describe Domingo Comas:

Con anterioridad a los años 70 el consumo de drogas era un comportamiento personal, cuyas consecuencias se resolvían en el ámbito íntimo y familiar. En aquellos casos en los que la familia ya no podía contener la situación generada por la adicción y aparecía algún rasgo de «escándalo público», el sujeto era internado en alguna institución o se alejaba de su propio medio convertido en un «transeúnte». Como consecuencia la idea de integrar socialmente a los adictos ni tan siquiera existía en el imaginario colectivo y a ningún profesional se le ocurría proponerlo. El único problema que se planteaba era el propio consumo y sus consecuencias directas y la única acción que se contemplaba era tratar de impedir, con la aceptación del sujeto o sin ella, que se realizara el consumo. (Comas y Ramírez de Arellano, 2004).

El uso del término reinserción vinculado con las drogodependencias no se generaliza en nuestro país hasta que se dan varias circunstancias:

- En primer lugar, se abre paso el concepto de drogodependencia sustituyendo al de drogadicto que poseía unas connotaciones muy negativas relacionadas con la delincuencia.
- En segundo lugar, se le confiere a la drogodependencia la categoría de problema social.
- En tercer lugar, se establece un modelo de intervención en el que la reinserción tiene cabida como una fase del tratamiento.



Posteriormente la idea de reinserción es sustituida por la de inserción o incorporación social cuando se comprueba que muchas de las personas atendidas por problemas relacionados con las drogas han tenido una integración social deficiente, por lo que no cabe hablar de reintegrarse a la situación anterior al consumo. También la idea de que la incorporación social es una fase del tratamiento se modifica con el tiempo, pasándose a considerar como un objetivo a contemplar en todo momento y no simplemente como la última etapa del tratamiento.

En cualquier caso, históricamente la idea de incorporación social aparece ligada a la de tratamiento integral, interdisciplinar y biopsicosocial.

Pero, ¿qué hizo que cambiara tanto la situación respecto a la década anterior? La respuesta hay que buscarla en la forma en que se produjo el consumo de heroína en nuestro país y en la respuesta técnica e institucional que supuso la creación en 1985 del Plan Nacional de Drogas.

El consumo de heroína en España en la década de 1980 se convirtió en una auténtica epidemia y en un fenómeno social que causó una profunda crisis de seguridad y de salud pública. Algo así no ha vuelto a ocurrir con ninguna otra sustancia, aunque actualmente ocupemos uno de los primeros puestos de nuestro entorno en el consumo de cocaína, cannabis y alcohol<sup>2</sup>. Y es que, más allá del problema de salud que representó, la «epidemia de heroína» se convirtió en un auténtico fenómeno social.

El «problema de la droga» se colocó junto al terrorismo y el paro entre los más importantes del país según la valoración de los ciudadanos recogida en sucesivas encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Las asociaciones de afectados, constituidas fundamentalmente por madres, crearon un movimiento de protesta en la calle sin parangón. El dramatismo con el que era presentado el fenómeno por

<sup>2</sup> Más bien se puede afirmar que la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas ha disminuido tanto que, más que hablar de normalización o desmitificación como pretendían las políticas públicas sobre drogas de finales de las décadas de 1980 y 1990, lo que se ha producido ha sido una banalización o trivialización del consumo. En torno al fenómeno de la «heroinomanía» se desarrolló un discurso tan tremendista en los medios de comunicación y en el imaginario social que su normalización, entendida como una representación más realista del fenómeno, parecía un paso previo necesario para poder abordarlo. El problema, décadas después, es que no podemos saber si el esfuerzo por desdramatizar el discurso en torno a las drogas ha contribuido a la baja percepción de riesgo y a la excesiva normalización del consumo de drogas.

los medios de comunicación contribuyó a la creación de un clima de auténtica alarma social. Las noticias y reportajes periodísticos hacían alusión a muertes por sobredosis, síndromes de abstinencia, decomisos por parte de la policía, delitos, graves enfermedades contagiosas, narcotráfico y, sobre todo, inseguridad ciudadana.

Los heroínómanos se convirtieron en un problema social. Para los profesionales, asociaciones y afectados porque consideraban la drogodependencia como un fenómeno social que requería un abordaje igualmente social; y, para otros sectores de la población, porque vivían ese problema como una amenaza. Del primer enfoque surgió como respuesta el discurso de la integración social, y del segundo, el discurso de la represión. Hoy día, superados el miedo y la amenaza, el discurso represivo se ha transformado, en parte, en otro menos intervencionista pero igual de despiadado: “ellos se lo han buscado”.

La respuesta institucional llegó en 1985 con la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PND). Este plan ofreció una respuesta pública al problema, a la vez que creó un discurso técnico e institucional que consiguió ir sustituyendo la idea de drogadicto asociado a delincuente, por la de drogodependiente asociado a persona enferma necesitada de atención.

En consonancia con la nueva forma de entender el problema se creó una red asistencial nacional compuesta por equipos profesionales con un enfoque claramente biopsicosocial, constituidos básicamente por médicos, psicólogos y trabajadores sociales y también ATS, educadores y monitores. Se trataba de una perspectiva novedosa porque, aunque había servicios que se autodenominaban biosicosociales, como los de salud mental, en la práctica esos servicios seguían un modelo demasiado sanitario y jerarquizado con la figura del psiquiatra en el vértice superior de la organización.

Durante algunos años los equipos de drogas mantuvieron cierto equilibrio en su enfoque multidisciplinar (con gran peso de las vertientes social y psicoterapéutica), hasta que las consecuencias del VIH/SIDA sobre la población drogodependiente hicieron que el sector sanitario se comprometiera a fondo con la cuestión. Por una parte era urgente atender a las enfermedades, en su mayoría infecciosas, derivadas del VIH/SIDA, centralizándose la atención y la investigación en hospitales con seguimiento compartido con la atención primaria (ATP). Por otra,

era imprescindible llegar a un sector de población que, siendo heroínómana y estando infectada (o pudiendo estarlo), no solicitaba tratamiento ni para su drogodependencia ni para otros problemas de salud. A los equipos ambulatorios de drogodependencias les correspondió la tarea de captar y retener<sup>3</sup> al mayor número posible de drogodependientes para garantizar que recibían la necesaria atención sanitaria. A partir de entonces se generalizaron los programas de reducción de daños, los tratamientos con agonistas (metadona) para heroínómanos, y los tratamientos antirretrovirales. La necesidad de atención sanitaria permanente que exige la enfermedad crónica y la fuerte inversión que realizó el sector sanitario (Plan Nacional sobre SIDA) le otorgó mucho peso, desequilibrando el trinomio biopsicosocial.

Desde el punto de vista del sector de la salud se afirmaba, con razón, que no había incompatibilidad entre las medidas sanitarias de reducción de daños y otras medidas de tipo psicosocial o psicoterapéutico que pudieran implementarse desde el subsector de drogas. Tampoco veían incompatibilidad con programas de incorporación social organizados por los servicios sociales dirigidos a los sectores más vulnerables o en riesgo de exclusión que, a su vez, coincidían con los que más preocupaban desde el punto de vista sanitario. Estos programas sociales no llegaron a implementarse, al menos no con la potencia, homogeneidad y grado de generalización que hubiera sido necesario. La falta de compromiso del sistema de servicios sociales desequilibró aún más la balanza.

Aunque durante un tiempo los servicios de drogodependencias estuvieron ubicados junto a los servicios sociales en algunas comunidades autónomas —todavía hoy lo están en lugares como Andalucía—, nunca se llegó a establecer una adecuada coordinación entre ambos. Posteriormente los servicios de drogodependencias fueron integrándose mayoritariamente en los respectivos sistemas de salud autonómicos, aumentando considerablemente el número de médicos especialistas en psiquiatría, así como el de psicólogos clínicos. Unidades hospitalarias de psiquiatría y algunas facultades de medicina y psicología comenzaron a realizar inves-

<sup>3</sup> Esta dinámica entraba en contradicción con aquella otra que en la década de 1980 recomendaba evitar el asistencialismo y favorecer la autonomía del paciente evitando la cronicidad (que cuando era inducida por el tratamiento se consideraba iatrogénica). La clave está en saber qué parte de los pacientes son crónicos por su enfermedad o por su tratamiento. Tampoco se puede despreciar el interés de la industria farmacéutica por los tratamientos crónicos.

tigaciones y publicaciones en sus revistas científicas. El PND se reubicó en el Ministerio de Sanidad adoptando un enfoque básicamente clínico y epidemiológico. El protagonismo del sector sanitario y la inhibición del sector de los servicios sociales generales influyeron considerablemente en que la dimensión social fuera quedando arrinconada y, con ella, la perspectiva de la integración social.

En este punto cabe preguntarse ¿cuáles han sido las causas de la falta de coordinación entre la red de drogodependencias y los servicios sociales comunitarios?<sup>4</sup> Por una parte, al no integrarse desde su origen claramente en ninguno de los dos grandes sistemas social y de salud, hizo difícil la coordinación con sus respectivos servicios de atención primaria; y, por otra parte, hay que reconocer cierta falta de iniciativa de los servicios sociales comunitarios a la hora de intervenir en el tema. La publicación *Servicios Sociales y Drogodependencias* del PND decía lo siguiente en 1998:

Gran parte de las personas afectadas acuden directamente a los servicios especializados, desde donde se ha centralizado toda la atención a estos colectivos, haciendo que los Servicios Sociales Generales perciban a las personas con toxicomanías como clientes o usuarios externos, que solo acuden a ellos en demanda de ayudas económicas o para tramitación de prestaciones (...) También cabría señalar la escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo, cierta tendencia a la burocratización y en algunos casos la falta de preparación específica y de motivación ante el problema. (Actuar es posible, PND, 1998).

En nuestra opinión la inhibición del sistema público de servicios sociales en la integración social de drogodependientes y adictos es un síntoma de un problema más grave: España no dispone de un sistema público de protección social para todo su territorio nacional con el mismo grado de desarrollo del que disfrutaban los sistemas sanitario y educativo. La inhibición de los servicios sociales en la integración social de algunos adictos es tan grave como si el sistema sanitario se hubiera inhibido ante las enfermedades infecciosas de los drogodependientes. Nuestro país aún no ofrece una atención homogénea a sus ciudadanos en situación de vulnerabilidad o exclusión. Por poner un ejemplo relacionado con la materia, la renta mínima de inserción es una prestación que, cuando se aplica, se hace de diferente manera en cada comunidad autónoma.

<sup>4</sup> Por servicios sociales comunitarios se entiende aquí y en el resto del texto los servicios sociales de base o de atención primaria.

Mención aparte merece la evolución de los centros de día. La red de atención a las drogodependencias que se organizó a partir del PND estaba compuesta básicamente por los siguientes recursos: centros de tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación hospitalaria y centros de día o de reinserción. Posteriormente aparecerían los pisos de incorporación y los centros de inserción laboral, así como diversos programas de reducción de daños y riesgos, y de asesoramiento y apoyo. En teoría el proceso de incorporación debía realizarse, o al menos iniciarse, en los centros de tratamiento ambulatorio que tenían una implantación general en el territorio.

Los centros de día o de incorporación social, que nacen como dispositivos dedicados específicamente a la reinserción, nunca tuvieron una integración tan completa en la red como el resto de los recursos. Su distribución en los distintos territorios fue muy desigual, por lo que desempeñaron un papel suplementario. En su mayoría surgieron vinculados a asociaciones de afectados o a ayuntamientos que obtenían financiación de convocatorias dependientes de los organismos responsables de drogodependencias en cada comunidad. Su desarrollo ha sido muy desigual a lo largo de los años dependiendo de muchos factores: la comunidad autónoma de origen, la financiación, la titularidad del recurso (no es lo mismo depender de una administración local, de una asociación de afectados o de una entidad profesional), la coordinación con el centro de tratamiento de referencia, etc. Su distribución ha sido el resultado de la iniciativa social y municipal más que de una acción planificada. Tampoco se puede decir que hayan alcanzado una gran homogeneidad en cuanto a contenidos<sup>5</sup>. Han sido y son recursos suplementarios. Eso sí, son los recursos que se han dedicado de manera exclusiva a incorporación social y laboral de drogodependientes y adictos en las últimas décadas, por lo que cuentan con una enorme experiencia. Gran parte de lo que se ha avanzado en la materia se les debe a ellos y a sus profesionales.

<sup>5</sup> Los centros de día para adictos a drogas ilegales adoptaron programaciones un tanto variadas. Así por ejemplo, en algunos casos los contenidos psicoterapéuticos son básicos, mientras en otros el papel de los psicólogos es más bien organizacional. En algunos casos se hace mucho hincapié en los recursos externos de integración sociolaboral mientras que en otros apenas se consideran y se da gran importancia a los propios talleres. Ni tan siquiera podemos hablar de 17 modelos de centros de día, uno por cada comunidad autónoma, porque en algunas comunidades no se ha implantado ningún modelo, o se ha hecho por periodos limitados. En cambio, en otras CCAA cada Diputación Provincial ha elegido un modelo distinto e incluso algunos grandes municipios han desarrollado sus propios modelos. Por si fuera poco algunas ONG, o Federaciones de ONG, han importado sus propios modelos (Comas y Ramírez de Arellano, 2004)

Durante la última década se ha realizado un esfuerzo considerable por formalizar un modelo común, por consensuar un método de intervención, por redefinir el papel de los centros de día y llegar a un acuerdo sobre lo que significan buenas prácticas en el terreno de la incorporación social y laboral. Ejemplos de ello son documentos como el *Documento Marco de la UNAD. Incorporación social de personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos* (2005); o los *Manuales de buenas prácticas de la Red Araña* (Perea, 2003); los de la Diputación Foral de Bizkaia (Martínez y otros, 2003); de Cruz Roja (Cruz Roja, 2003); o trabajos como *Repensando el itinerario y respuestas adaptadas a las personas* (SARTU) Jornadas Estatales de Empleo Cruz Roja, 2006.

Se puede afirmar que se ha avanzado mucho en lo que se refiere a la metodología de la intervención (acompañamiento + IPI) y a la definición de buenas prácticas. Gran parte de lo que se expone en el presente trabajo es deudor de lo realizado por estas.

Es posible que los centros de día o de incorporación se encuentren en una fase de redefinición, pero esa redefinición no corresponde exclusivamente al sector profesional de los centros, sino que dependerá, en gran medida, del organismo responsable de la planificación de los recursos en materia social y de adicciones en cada comunidad autónoma.

La crisis económica que se inició a finales de la primera década de 2000 con su secuela de paro, déficit público y recortes en el estado del bienestar, no ha contribuido precisamente a desplegar políticas de integración social para drogodependientes, tanto por las restricciones presupuestarias como por la aparición de un discurso social menos proclive a la solidaridad con determinados colectivos. No obstante, durante la primera década del nuevo siglo y bajo el epígrafe de políticas activas de empleo, el sector público relacionado con el fomento del empleo ha irrumpido con fuerza en el espacio de la integración social de población vulnerable o en riesgo de exclusión a través de programas dirigidos a colectivos de difícil «empleabilidad»<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> «Empleabilidad es la capacidad de obtener y mantener un trabajo satisfactoriamente». Una definición más amplia es la presentada por Pedro Weinberg en el Foro Mundial de Educación de Porto Alegre: «La empleabilidad abarca las calificaciones, los conocimientos y las competencias que aumentan la capacidad de los trabajadores para conseguir y conservar un empleo, mejorar su trabajo y adaptarse al cambio, elegir otro empleo cuando lo deseen o pierdan el que tenían, e integrarse más

No se trata de un sector nuevo, pero sí reformado. Coincidiendo con el progresivo traspaso del antiguo INEM (Instituto Nacional de Empleo) a las comunidades autónomas (CCAA), se produce un cambio de filosofía sobre lo que deben ser las políticas activas de empleo, creándose nuevos servicios y programas relacionados con sus diversas áreas: formación, orientación, fomento, intermediación, mantenimiento, etc. En estos momentos estamos asistiendo al desarrollo de nuevos servicios de empleo en diversas CCAA, a su concertación con otras instituciones, y a su coordinación con otros servicios y ONG que operan en el territorio. Aunque el despliegue de esa política comenzó antes de la crisis, es posible que las políticas activas de empleo no se vean muy afectadas por ella dada la magnitud del problema del paro en Europa y, sobre todo, en España. Cabe incluso pensar en un incremento de la inversión en sus programas a medio plazo por parte de fondos autonómicos, nacionales y, sobre todo, europeos, tal y como ocurrió en la crisis anterior. Así, al menos, aparece en la estrategia de la Unión Europea destinada a incrementar significativamente el porcentaje de la población empleada entre los 20 y los 64 años, dándole un fuerte impulso a la formación para el empleo.

Paralelamente al desarrollo de nuevos programas de empleo que se adaptan a diversos perfiles de población desempleada, aumenta la importancia que el subsector de las drogas concede al empleo como elemento integrador. La política de inserción laboral se va convirtiendo, en la práctica, en el factor más influyente de la integración social de drogodependientes.

La otra gran oportunidad de dar un impulso a la integración la representaron las políticas englobadas bajo el epígrafe “construcción del cuarto pilar de la sociedad del bienestar”. Estas políticas incluían la ley de la dependencia, así como medidas para completar el sistema de protección de los servicios sociales: generalización del salario social o rentas mínimas, ayudas de emergencia social, talleres ocupacionales similares a los dirigidos a personas discapacitadas, empleo protegido para personas con graves dificultades, etc. Muchas de estas medidas

fácilmente en el mercado de trabajo en diferentes períodos de su vida”. En efecto, el fenómeno de la empleabilidad abarca diferentes capacidades básicas necesarias para aprender y desempeñarse con eficacia en el lugar de trabajo. Esto incluye la capacidad de comunicación y de relacionarse con el resto de los individuos, la capacidad de resolver problemas concretos, de manejar procesos de organización y de trabajar en equipo, entre otras (Brunner, 2001).

se encuentran actualmente en suspenso, con un desarrollo muy desigual dependiendo de cada territorio, y amenazadas por las reducciones presupuestarias provocadas por la crisis económica.

Su evolución va a depender de la duración de la crisis y de las políticas que se adopten para la siguiente etapa. Si toman como referencia la Estrategia Europea 2020 tendrán que desarrollar importantes medidas relacionadas con la cohesión y la inclusión social, y más aún si tienen en cuenta las recomendaciones recogidas en el mencionado documento sobre *Propuestas del Tercer Sector de Acción Social para una estrategia de inclusión social en España 2020*. Este documento concreta la estrategia e implica un incremento de la inversión en materia de inclusión. En definitiva, la evolución de estas políticas y medidas dependerá del contenido de los próximos planes de inclusión social nacionales, autonómicos y locales.

Por su parte, las políticas de empleo en nuestro país siguen su curso. Se intensifican las relaciones entre los servicios dedicados a la integración social y al empleo. Se crean nuevos servicios dedicados específicamente a la integración laboral de drogodependientes, adictos y población vulnerable como el Servicio de acompañamiento a la inserción laboral, SAIL, de la Fundación Atenea en Extremadura; se asumen programas de fomento y formación para el empleo en los Centros de incorporación social de drogodependientes (Centros de día) y, dependiendo directamente de los servicios regionales de empleo, se ponen en marcha programas dirigidos a personas con especiales dificultades para acceder al mercado de trabajo.

Puede decirse que estamos plenamente inmersos en una nueva etapa de la que cabe esperar un enriquecimiento mutuo de ambos sectores: el del empleo y el de la integración social, no solo en términos de beneficios materiales sino también de transferencia de conocimientos y metodologías. Los conocimientos acumulados a lo largo de las últimas décadas en el trabajo con drogodependientes pueden ser útiles para otras personas con dificultades para acceder al mercado de trabajo, y viceversa; la metodología utilizada para transformar a parados de larga duración o de difícil empleabilidad en buscadores activos de empleo, puede ser de mucha utilidad para el sector de las drogodependencias.

Centrándonos en el presente se puede afirmar que los programas relacionados con el empleo en todas sus vertientes, desde la formativa



hasta la inserción laboral, representan una oportunidad para la incorporación sociolaboral de drogodependientes y adictos que hay que saber aprovechar.

Respecto al futuro, resulta más difícil adivinar cómo quedará el cuadro final, cómo se efectuará el ordenamiento de las competencias en las zonas limítrofes entre los servicios sociales y los de empleo. ¿El sector del empleo evolucionará en la línea de seguir especializándose en determinados colectivos con dificultades estrechando aún más los lazos con los servicios sociales (y de drogodependencias) o, por el contrario, lo hará trazando fronteras más nítidas entre la vertiente social y la laboral dejando el trabajo preparatorio –de incorporación social– a los servicios sociales? Ni siquiera podemos saber si cada comunidad autónoma irá en la misma dirección.

Lo que sí sabemos es que la metodología de la intervención para la integración social y laboral de drogodependientes tendrá que ser capaz de diseñar, junto con los interesados, itinerarios de incorporación capaces de transitar por diversos recursos y escenarios, aceptando que puedan ser diferentes y de diferente titularidad en cada lugar. Habrá que tener más claro que nunca los objetivos y los pasos sucesivos de cada itinerario para no perderse en el proceso.

Conviene recordarlo porque será un proceso que se abordará desde demasiados dispositivos: desde un centro de tratamiento (CTA) que realiza labores de incorporación; desde un centro de día cuya función es apoyar y complementar a su CTA; desde un centro de incorporación laboral específico para drogodependientes; desde un centro de incorporación social o laboral para colectivos desfavorecidos; desde un programa dependiente de empleo que se ocupa de las personas con dificultades para acceder al mercado de trabajo, etc.

Para trazar el cuadro general del siglo XXI, ya no basta contar con los sectores tradicionales de salud, drogodependencias y social; hay que hacerlo también con este cuarto sector representado por el empleo, incluyendo dentro del mismo los programas de formación, fomento, intermediación y orientación. El empleo puede convertirse en la práctica en el factor más influyente para la incorporación sociolaboral personas con diversos factores de riesgo, incluidas las adicciones.

También va a ser determinante la política de inclusión que se impulse desde Europa, de la que se podrán beneficiar las personas adictas

en la medida que participen de los criterios que se definan para sus destinatarios (estar en riesgo de exclusión o ser vulnerables, y no principalmente por su condición de adictos).

Por otra parte las políticas de lucha contra la exclusión vuelven a poner sobre la mesa el papel de los servicios sociales generales en dos sentidos. Primero porque, como se ha dicho, España tiene que definir y completar su sistema de protección social y, segundo, porque excluida no es solo aquella persona que carece de trabajo o medios económicos sino la que, además, está aislada, desagregada de su red social, y sin acceso a los recursos que le permiten ejercer su ciudadanía de pleno derecho. En ese sentido quien tiene un papel más importante que desarrollar son los servicios sociales comunitarios ya que son los que, por su posición en la comunidad, pueden ayudar a las personas a reconectarse, restaurar sus redes, encontrar el apoyo social necesario, aumentar su capital social y acceder a los recursos generales de su entorno, como veremos en el epígrafe 5.4. Consecuentemente, las políticas de prevención de la exclusión ligadas a las adicciones, también van a corresponderse en el plano comunitario, con los servicios sociales, en estrecha colaboración con los centros de tratamiento de drogodependencias y adicciones.

En definitiva, el futuro estaría más claro si pudiéramos afirmar con rotundidad:

- a.** Que los servicios de drogodependencias se integrarán dentro de salud mental, tal y como ha recomendado explícitamente la Comisión Mixta del Congreso-Senado sobre Adicciones en su ponencia *Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro*, de mayo de 2011. Esto no tiene porqué implicar el abandono de la vertiente psicosocial.
- b.** Que los servicios sociales se harán cargo de la incorporación social, particularmente en su vertiente comunitaria.
- c.** Que los servicios de empleo se ocuparán de la inserción laboral, aunque se establezcan los mecanismos necesarios de coordinación y colaboración entre todos ellos.

# 3 Revisión de términos y conceptos

Integración, inserción, reinserción, inclusión<sup>7</sup>, incorporación, cohesión, exclusión<sup>8</sup>, marginación, pobreza<sup>9</sup>, etc., son términos que se emplean con mucha frecuencia en este campo de trabajo y, cabe preguntarse si existen solapamientos entre ellos, si algunos no son prácticamente sinónimos, si no cambian excesivamente con la modas y, en definitiva, si unos son más adecuados que otros. Por nuestra parte, siempre nos hemos decantado por términos como integración e incorporación para designar los procesos de integración social y laboral, porque ofrecen la idea de formar un todo con la suma de las partes. Los términos inserción o inclusión sugieren más bien la idea de meter una cosa dentro de otra, en el caso de la inserción sin descartar la posibilidad de que la acción se realice ejerciendo cierta presión. Pero, teniendo en cuenta que el término inclusión junto al de cohesión son los que designan las políticas sociales positivas en la UE y que el de inserción se emplea con frecuencia en el sector del empleo, parece recomendable adoptar un criterio flexible en este punto.

Respecto a las políticas europeas que han relacionado la exclusión con la compartimentación en colectivos, ya hemos expresado nuestra opinión al principio del libro. Creemos que se debe caminar hacia un sistema universal de protección social basado en los derechos de los ciudadanos y no segmentado por colectivos. Aquí empleamos el término exclusión como el extremo de un continuo cuyo polo opuesto es la integración positiva.

<sup>7</sup> Según la Fundación Luís Vives, por **inclusión social** se entiende: “un proceso que asegura que todas las personas tienen las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en la vida económica, social y política y para disfrutar de unas condiciones de vida normales”; y por políticas de **cohesión social** aquellas que “favorecen la capacidad de la sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros minimizando las disparidades y evitando las polarizaciones”.

<sup>8</sup> Según la definición de la European Foundation recogida en el Diccionario de acción humanitaria, la **exclusión** es un “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven”. Tal proceso, opuesto al de integración social, da lugar a una privación múltiple, que se manifiesta en los planos económico, social y político. En cierto modo sustituye al concepto de marginación.

<sup>9</sup> Alfonso Dubois define la **pobreza** como la situación de una persona cuyo grado de privación se halla por debajo del nivel que una determinada sociedad considera mínimo para mantener la dignidad. El concepto de pobreza ha evolucionado con el tiempo, actualmente se contempla como un fenómeno multidimensional con aspectos psicosociales, culturales e incluso políticos. Según Laparra y otros (Moreno, L. 2000), la Comisión Europea favoreció el uso de una expresión distinta a la de pobreza –exclusión– ante la incomodidad de los estados miembros por asumir la persistencia, y en algunos casos el aumento, del número de pobres en sus países. En un principio el uso del término exclusión poseía un carácter menos «políticamente incorrecto».

Por ello, aunque hemos expresado nuestras preferencias, trataremos algunos de estos términos de manera equivalente. También conviene dejar constancia de que cuando hablamos de integración o incorporación social, en general incluimos la dimensión laboral, aunque solo a veces se la señale específicamente.

### 3.1 UN PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

La Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) considera que cuando hablamos de incorporación lo hacemos sobre procesos de **socialización** o **re-socialización**, ya que las personas con las que se trabaja, generalmente han visto interrumpido su proceso de socialización. Entiende la incorporación social como un proceso encaminado a facilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales con autonomía, asumiendo un papel protagonista de su propio proceso de socialización, y participando de forma activa y crítica en su entorno. La finalidad del proceso debe de ser que la persona disfrute de los mismos derechos y deberes que el resto de la ciudadanía con quien convive (UNAD, 2005).

Para Jaume Funes la incorporación social tiene que ver con un estado definido por la cantidad y calidad de participación de una persona en un entorno. La tarea de incorporación consiste en facilitar aquello que es imprescindible para ser miembro y para poder aportar algo a las otras personas, a la vida colectiva. Sus elementos principales son los siguientes:

- Un balance satisfactorio de experiencias y prácticas diarias que permita a la persona disponer de un nivel razonable de aprecio y confianza en si misma.
- Cierta cantidad de relaciones sociales que le hagan sentirse parte de una comunidad.
- Un conocimiento y aceptación de las normas y culturas básicas de la comunidad en la que se incorpora.

Por otra parte, hay tres características fundamentales relacionadas con el proceso de integración social que conviene tener muy en cuenta. Es un proceso multidimensional, continuo y positivo.

### 3.1.1 UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL

Los aspectos implicados en la integración social de los individuos son de muy diversa índole. Algunos tienen un carácter más objetivo como la familia, el empleo, el poder adquisitivo, el nivel de estudios, las actividades voluntarias o el uso del ocio y el tiempo libre; otros tienen un carácter más subjetivo como la motivación, el mantenimiento o no de una actitud proactiva respecto al aprendizaje, la autoestima, las habilidades sociales o la gestión emocional de los conflictos; finalmente, otros se encuentran en la intersección del individuo y su entorno como la calidad de su red social, el capital social o el apoyo social<sup>10</sup>. Además hay que tener en cuenta la percepción subjetiva de muchos de estos aspectos, ya que influyen decisivamente en el grado de satisfacción individual.

La mayoría de estas dimensiones, por no decir todas, están involucradas también en la salud entendida de forma amplia. Como veremos, a veces las diferencias entre conceptos procedentes de las ciencias sociales o de la salud son puramente nominales o de tradición.

La perspectiva multidimensional nos permite igualarnos a todos los ciudadanos en una serie de aspiraciones: todos tenemos una serie de activos y una serie de déficits; todos podemos mejorar nuestra salud y nuestra integración social. Las palabras sobre discapacidad del ex-presidente del parlamento español, el señor José Bono, pueden aplicarse al concepto de integración social: “La discapacidad se contempla de otra manera cuando se reconocen las propias limitaciones, cuando se comprende que todos somos relativamente discapacitados y relativamente competentes según de qué aspecto se trate”.

Es necesario seguir investigando sobre cada uno de estos aspectos y dimensiones para comprender bien el papel que juegan en la integración del sujeto (qué los potencia, qué los debilita, cómo se relacionan entre ellos, etc.) tanto desde la perspectiva social como de la salud.

<sup>10</sup> Entendiendo por capital social los recursos disponibles para un individuo en un determinado medio comunitario derivados de la sociabilidad, y por apoyo social la ayuda directa de las redes sociales personales.

### 3.1.2 UN PROCESO CONTINUO

Como afirma Oscar Perea en el libro *Buenas prácticas en incorporación sociolaboral con drogodependientes*:

“Debemos considerar la variable general integración sociolaboral como una variable continua, en ningún caso discreta. Es decir, la integración social es una variable que puede adoptar un número ilimitado de valores intermedios. En este sentido, debemos huir de la idea de que la integración es dicotómica (que se tiene o no se tiene). Además tendríamos que recordar que muy pocas personas, del universo de la población, considerarían que han logrado el mayor grado posible de integración”. (Perea 2003)

Todos nos encontramos en algún punto de ese recorrido. Nuestra integración siempre es el resultado de un balance, de un equilibrio en continua evolución entre nosotros y el medio en el que vivimos.

Este aspecto gradual y continuo del proceso le confiere a la integración social un carácter general, universal, que lo normaliza. Cuando hablamos de integración no tenemos por qué referirnos exclusivamente a la pobreza, la exclusión y la soledad, de igual modo que cuando hablamos de salud no tenemos que referirnos necesariamente a su pérdida.

### 3.1.3 UN PROCESO POSITIVO

En tercer lugar, es muy importante partir de una concepción global y positiva de la incorporación sociolaboral aunque los programas que lleven su nombre se especialicen en lo contrario. Lo habitual es que los programas de integración se ocupen de personas que atraviesan diversas situaciones de vulnerabilidad o grados de exclusión y que, consecuentemente, se especialicen en drogodependencias, discapacidad física o psíquica, personas sin hogar, parados de larga duración, pobres, reclusos, gitanos, etc. Además, el hecho de ser mujer y presentar alguno de esos factores de riesgo, agrava la situación. Pero si estudiamos la integración social exclusivamente desde esa perspectiva corremos el riesgo de construir una especie de sociopatología de la integración social.

Ya ha ocurrido en otras ocasiones. El psicoanálisis ofreció una propuesta de psicopatología muy elaborada antes de que la psicología

dispusiera de un modelo de funcionamiento normal o saludable. El concepto de salud tuvo que evolucionar desde un modelo tradicional que la consideraba como una simple ausencia de enfermedad biológica, hasta un modelo integrador basado en el bienestar físico, psicológico y social. Respecto a la medicina, el Dr. Hannu Vuori, ex responsable de la OMS para Europa, advertía sobre los peligros de una ciencia que, durante bastante tiempo, estuvo basada primero en el estudio de cuerpos muertos (anatomía patológica); y después en muestras cada vez más pequeñas del cuerpo (tejidos y muestras microbiológicas) separadas de su funcionamiento general.

Si queremos aprovechar la experiencia para no repetir errores cometidos por otras disciplinas, deberíamos pensar en un concepto de integración social positiva, capaz de desarrollar programas como los de promoción de la salud, sin excluir claro está, los asistenciales y puramente preventivos.

El desarrollo de la salud pública ha permitido relacionar graves problemas de salud con conductas tales como fumar, no hacer ejercicio, ingerir grasas saturadas, etc.; así como con la carencia de infraestructuras relacionadas con el saneamiento de aguas, el transporte, el deporte o la alimentación. Pero modificar la conducta de las personas e influir en la política de obras públicas va un poco más allá de la concepción tradicional de la medicina. Esta apertura de perspectiva ha fomentado el estudio de comportamientos relacionados con la salud y el desarrollo de programas psicosociales orientados a la modificación de determinadas conductas, y además ha posibilitado abordar determinados problemas de salud desde el punto de vista económico, social, de infraestructuras, de organización y gestión del propio sistema sanitario. Bajo la premisa de “hacer más fáciles las opciones más sanas”, la promoción de la salud trata de fomentar determinados hábitos saludables e impregnar las políticas locales y globales con el enfoque de una salud pública positiva.

Siguiendo esa estela, la promoción de la integración debería identificar científicamente cuales son los principales factores de riesgo y de protección de la integración. Desde ahí, debería ofrecer una información suficiente sobre los riesgos y elaborar estrategias adecuadas de cambio y de promoción adaptadas a cada nivel (individual, comunitario, social); actuando siempre bajo el principio de “hacer más fáciles las opciones más integradoras”. Tanto en una disciplina como en otra



cuando las medidas se dirigen al individuo y su entorno más inmediato suelen tener un enfoque más psicosocial y educativo, mientras que cuando se dirigen a la modificación de factores macrosociales tienen un carácter más sociopolítico.

La OMS hace tiempo que acuñó el concepto de lucha política por la salud a la hora de intervenir en lo que se viene denominando «determinantes sociales de la salud»<sup>11</sup>. Si prestamos atención al contenido del documento de la Oficina para Europa de la OMS titulado: *Determinantes sociales de la salud. Los hechos probados* (MSC, 2006) comprobamos, una vez más, que salud e integración caminan en la misma dirección. Los diez temas que se desarrollan en el documento son suficientemente esclarecedores del vínculo entre ambos conceptos. Son los siguientes:

La **pendiente social** hace referencia al hecho comprobado en todos los países de que, a medida que se baja en la escala social, las expectativas de vida se acortan y la enfermedades se vuelven más comunes. El **estrés**, sobre todo el continuado, debilita el sistema inmunitario y sobrecarga los sistemas endocrino y cardiovascular perjudicando la salud (mayor vulnerabilidad a presión alta, diabetes, infecciones, derrames cerebrales, infartos, depresión, etc.) y pudiendo provocar muertes prematuras. La **atención temprana** y la **educación** ejercen un impacto sobre la salud que dura toda la vida (los déficits provocan una mayor vulnerabilidad a diabetes, obesidad, enfermedades por desnutrición y menor estímulo para los estudios, menor resiliencia, menores habilidades sociales, etc.). La **pobreza**, la **exclusión** y la **discriminación** ejercen un impacto muy negativo sobre la salud restando años a la vida y vida a los años. Las **condiciones de trabajo** y el **desempleo** también se relacionan con la salud y el bienestar (no se trata solo del salario, también importan los resultados simbólicos: satisfacción, autoestima, prestigio, sentido, identidad); comprobándose que los desempleados y sus familias corren un riesgo considerablemente mayor de padecer una muerte prematura. El **apoyo social** y las **buenas relaciones sociales** influyen positivamente sobre la

<sup>11</sup> En salud pública se conoce como determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. La OMS se manifestó claramente en este sentido en la reciente Declaración de Río. OMS (2011)

salud para potenciarla, conservarla y para recuperarla cuando se ha perdido (cuando la cohesión social decrece el riesgo de enfermedades coronarias aumenta). En cuanto a las **adicciones**, se ha comprobado que la situación socioeconómica se relaciona con la posibilidad de desarrollar una adicción al alcohol, la nicotina o a drogas ilegales. Los **alimentos** influyen tan decisivamente sobre nuestra salud que su suministro no puede quedar exclusivamente en manos del mercado. El **trasporte**, por su parte, está relacionado con el sedentarismo, el estrés de la conducción y la polución atmosférica.

Conociendo la importancia de cada uno de estos factores, los ciudadanos pueden adoptar determinadas decisiones personales que afectarán a su salud: evitar el abuso de sustancias, realizar ejercicio habitualmente, mantener una red social rica y variada, una dieta saludable, etc. Pero lo que realmente ponen de manifiesto estos factores es su carácter social y, por tanto, la necesidad de ser abordados con medidas políticas. De hecho, en el documento citado junto al análisis de cada uno de ellos, aparecen las medidas políticas dirigidas a modificar el entorno que inducirían comportamientos más sanos.

De igual manera habría que proceder en el ámbito de la integración social aunque no dispongamos de una institución similar a la OMS, ni de una oficina regional para Europa. No obstante, es muy significativo que una de las medidas emblemáticas de la agenda europea 2020 sea la creación de la Plataforma europea contra la pobreza y que, a nivel nacional, se vayan creando organizaciones como la Plataforma del Tercer Sector de Acción Social de España que engloba a la Plataforma del Voluntariado, a la de ONG de Acción Social y a la Red Europea de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de España. En esta plataforma también se habla abiertamente de lucha política contra la exclusión y por la cohesión social. Las medidas estructurales que la plataforma propone para nuestro país se corresponden con las desarrolladas en el último apartado del libro dedicado a la dimensión macrosocial y sociopolítica.

En la actualidad la promoción de la salud está desarrollando una línea que pone más énfasis en los factores de protección —denominándolos activos para la salud—, que en los factores de riesgo que determinan las tradicionales políticas preventivas. Un activo para la salud se puede definir como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener (y mejorar) la salud y el bienestar” (Morgan, A., Ziglio, E. 2008).

En su obra *Emoción y exclusión social* (Bárez, 2010), Bárez Cambro-nero, después de estudiar grupos sometidos a esa forma extrema de exclusión que representan las personas sin hogar, describe como determinadas «competencias emocionales» y una adecuada «gestión emocional» de los conflictos se convierten en auténticos factores de protección o activos para la integración.

“La falta de competencias emocionales, es decir, no percibir las emociones propias y ajenas y no regularlas en personas que están en situación de riesgo y vulnerabilidad social, se convierte en un factor clave y desencadenante de procesos de exclusión social, además de una consecuencia de los mismos. Por tanto, las emociones tienen un alto impacto en el inicio, desarrollo y desenlace de estos procesos.” (Bárez, 2010)

Así mismo propone programas educativos y preventivos universales, selectivos e indicados, basados en la filosofía y la metodología de la inteligencia emocional. Lo mismo se puede decir de las acciones encaminadas a enriquecer la red social personal como elemento de protección y de desarrollo personal (Sluzki, 1995).

En una línea más relacionada con la salud, el médico y sociólogo Aaron Antonovsky estudió a ancianas judías que sobrevivieron a los campos de concentración, comprobando que muchas de ellas tenían un sorprendente buen estado de salud mental. Buscando una explicación al fenómeno desarrolló un modelo que denominó salutogénesis y que relacionó con dos características del individuo: su capacidad de resistencia y su sentido de coherencia.

A su vez, Antonovsky basó su modelo de coherencia (SOC) en tres factores:

1. Comprensión de lo que acontece.
2. Manejabilidad de lo que ocurre.
3. Significatividad (capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio, valioso, o con sentido y significado para la vida).

Cualquier profesional que haya trabajado con personas excluidas o en riesgo sabe que estos elementos son determinantes en el proceso de integración aunque quizá emplee una terminología diferente para designarlos. En los grados extremos de exclusión se dan procesos de falta de significado, de indiferencia, de despersonalización, de incredulidad ante la posibilidad de cambio, etc. Dicho de otra manera: no

se comprende bien lo que pasa, no se maneja lo que ocurre y parece que la acción carece de significado.

Este modelo está emparentado con el desarrollado por Luthar denominado resiliencia y que, según su autor, es “un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”. Aunque originalmente la teoría partió del estudio de catástrofes y traumas hoy se consideran también adversidades las situaciones sociales desfavorecidas como vivir en una familia multiproblemática o padecer cierto grado de exclusión.

Hay dos elementos que se repiten en los sujetos resilientes: haber contado con una persona de referencia que los ha aceptado incondicionalmente, y percibir que sus esfuerzos y su competencia son reconocidos y fomentados. Esto a su vez concuerda con lo que Bowlby denominó apego seguro<sup>12</sup>. La importancia de un «otro» confiable que ofrece seguridad y contacto afectivo son importantes para explicar la génesis de la resiliencia.

La teoría del apego y la de la resiliencia aportan información sobre la importancia de la relación con una figura de referencia, empática y confiable, tanto en su génesis como en el proceso reparador. En ese aspecto, estas teorías pueden constituir el sustrato de lo que Funes y Raya denominan «metodología de acompañamiento» en el proceso de incorporación social y que se relaciona con el papel que Carl Rogers asigna al consejero, orientador o psicoterapeuta dentro de su concepción de la terapia y la consejería.<sup>13</sup> (Rogers 1978, 1979). Todo ello explicaría por qué son tan relevantes en la metodología de incorporación aspectos tales como: estar acompañando sin juzgar, apoyando, ayudando, clarificando, sirviendo de referencia, reconociendo los logros, animando a explorar.

El estudio de la capacidad de resiliencia se desarrolló inicialmente con niños pero hoy se aplica a todas las edades y a diversos tipos de poblacio-

<sup>12</sup> Según Bowlby, un buen apego incluye dos aspectos: base segura y exploración. La principal variable se concentra sobre la capacidad de los padres para proporcionar al niño una base segura, y la de animarlo a explorar a partir de ellos. Estas dos condiciones se relacionan también con la actitud que ha de tener un terapeuta según la teoría rogeriana: aceptación incondicional y capacidad de ofrecer la seguridad suficiente para que el cliente se atreva a explorar nuevas posibilidades.

<sup>13</sup> Rogers parte de la idea de que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejarse en forma constructiva, por lo que el terapeuta o consejero solo tiene que proporcionar las condiciones necesarias de seguridad y aceptación para que la persona pueda explorar nuevas posibilidades.

nes. Según Cyrulnik, experto en resiliencia desde el punto de vista teórico y práctico,<sup>14</sup> las posibilidades de reestructuración no cesan nunca.

Se han encontrado una serie de características que se relacionan con la fortaleza ante las adversidades y la capacidad de hacerles frente de forma positiva como: la introspección (que implica una buena autoimagen, autoestima, conocimiento de las propias fortalezas y debilidades), la independencia, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, la creatividad y el sentido del humor. Estas características pueden orientar el trabajo educativo, preventivo, de desarrollo personal y de promoción de la resiliencia, un concepto que debería formar parte de una incorporación social positiva.

Concentrándonos en el título de este capítulo sobre términos y conceptos proponemos adoptar algunos de los mencionados con el fin de enriquecer el diálogo entre las perspectivas salutogénicas e integradoras. Estos términos y conceptos serían: promoción de la integración, activo para la incorporación, resiliencia, sentido de coherencia, gestión emocional y competencias emocionales. Habría que añadirlos a los que se emplean tradicionalmente en materia de incorporación, ya sean los relacionados con la autodeterminación (autoestima, autoeficacia, habilidades sociales, autoría en el sentido opuesto al de alienación); ya sean los relacionados con el efecto positivo del entorno inmediato (disponer de una red social personal rica y variada, de capital social<sup>15</sup> y de apoyo social).

<sup>14</sup> Boris Cyrulnik sufrió la muerte de sus padres en un campo de concentración nazi del que él logró huir cuando solo tenía 6 años. Tras la guerra, deambuló por centros de acogida hasta acabar en una granja de la Beneficencia. Por suerte, recibió la ayuda de unos vecinos y pudo educarse y crecer superando su pasado. Se transformó en un neuropsiquiatra, psicoanalista y estudioso de la etología. Según Cyrulnik, dar un sentido a la vida es un aspecto imprescindible del proceso resiliente. Actualmente trabaja con ancianos aquejados del mal de Alzheimer porque está convencido que el principal elemento reparador y capaz de abrir expectativas de futuro en el discurso personal tiene un carácter más afectivo que intelectual.

<sup>15</sup> El capital social es considerado la variable que mide la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano, y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello, a través de tres fuentes principales: la confianza mutua, las normas efectivas y las redes sociales. El capital social mide, por tanto, la sociabilidad de un conjunto humano y aquellos aspectos que permiten que prospere la colaboración y el uso, por parte de los actores individuales, de las oportunidades que surgen en estas relaciones sociales. Una sociabilidad entendida como la capacidad para realizar trabajo conjunto, la de colaborar y llevar a cabo la acción colectiva.

## 3.2 UNA MIRADA ÉTICA Y CULTURAL

Para completar el cuadro conviene observar también estos fenómenos desde una perspectiva cultural. Los valores imperantes en una determinada cultura se transmiten a través del proceso de socialización y de las transiciones generacionales, y pueden influir en los procesos de inclusión/exclusión.

Un ejemplo de esto último lo tenemos en el análisis que Domingo Comas realizó de la transición generacional entre quienes protagonizaron el boom social de las drogas en nuestro país y la generación de sus padres<sup>16</sup>.

Por otra parte, muchos de los conceptos que hemos empleado y otros análogos como el de indefensión aprendida<sup>17</sup> tienen profundas implicaciones culturales y educativas.

Podemos definir de manera operativa el proceso al que hacen referencia los autores mencionados (Luthar, Atonovsky y Cyrulnik) como un mecanismo capaz de metabolizar las adversidades dotando los acontecimientos de un determinado significado no destructivo. Ahora bien, el factor más relevante para resistir el estrés y dar sentido a la adversidad —la resiliencia— tiene que ver con un tipo de apego seguro adquirido por el

<sup>16</sup> Si desde el final de la Guerra Civil Española hasta la década de 1960 el modelo de transmisión y adquisición de normas y valores culturales se basó en un tipo de relación entre padres e hijos en la que primaba la obediencia como valor central, configurando un tipo de aprendizaje en el que los hijos aprendían de los padres y miraban la realidad a través de ellos; durante el periodo posterior (1960-1980) se invirtieron los términos dando lugar a un modo de relación en la que los padres miraban la nueva realidad a través de los ojos de sus hijos, ya que parecían mejor preparados para adaptarse a los cambios socioculturales que se sucedían a una velocidad de vértigo. Así la tolerancia sustituyó a la obediencia como eje de las relaciones padres/hijos. El primer modelo se puede identificar con lo que Margaret Mead denominaba cultura postfigurativa y el segundo con lo que denominaba cultura prefigurativa, que suele producirse en periodos de intensos cambios culturales. El modelo dominante a partir de la década de 1990 es el denominado configurativo y se corresponde con el tipo de sociedad en la que el aprendizaje de los cambios se produce conjuntamente. La tesis de Domingo Comas es que la eclosión del fenómeno de las drogodependencias en nuestro país hay que entenderlo en el marco de una relación entre padres e hijos de carácter prefigurativo (Comas, 1994).

<sup>17</sup> La indefensión aprendida según Seligman, es el resultado de creer que las respuestas no podrán controlar los resultados. Esta expectativa produce: a) déficit motivacional para emitir nuevas respuestas, b) déficit cognitivo para aprender que las respuestas controlan los resultados y c) reacciones afectivas de miedo y depresión. O dicho de otra manera, el sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado, permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

niño con sus progenitores en los primeros años de vida, lo que nos sitúa en el campo de los modelos socializadores/educativos.

Para asignar un significado no destructivo a los acontecimientos potencialmente traumatizantes, hay que hacerlo dentro de un relato personal y cultural que ofrezca un sentido positivo de la vida en el que, junto a la adversidad, tenga cabida la esperanza y, junto a la amenaza, la confianza. Un relato en el que quepan las segundas oportunidades, la posibilidad de aprender de las dificultades, no un discurso dicotómico hecho a base de personas con éxito y personas fracasadas. Esto se aprende primariamente en la familia y el entorno inmediato, es cierto, pero los valores hegemónicos de la sociedad también influyen poderosamente. Cuando el modelo cultural hace de la competitividad su valor principal dejando poco espacio para otros como la cooperación o la solidaridad, no se facilita la integración social. Tampoco la facilita vivir inmerso en una subcultura propia de sectores deprimidos impregnada de fatalismo, indefensión y alienación, o en una tan mercantilista que identifica la satisfacción de las necesidades humanas con el consumo.

Para hacer el esfuerzo de integrarse positivamente en la sociedad partiendo de una situación de desventaja, además de metabolizar un pasado adverso hay que ser capaz de imaginar un futuro esperanzado. El pasado condiciona el presente pero no cierra el futuro. La idea de futuro, la percepción del futuro, está implícita en conceptos como el modo de atribución (interna o externa), la autoeficacia o la motivación; y depende del sentido que los sujetos atribuyen a los acontecimientos —a la vida— y a su papel frente a los mismos. Es decir, alude al significado del que hablan los autores mencionados. Las cosas son lo que son y lo que significan para nosotros.

Por otro lado, las propuestas de intervención han de tener en cuenta el significado que el modelo cultural atribuye a estar integrado y a estar excluido, a lo que socialmente significa tener éxito o fracasar. Y no solo eso, también se necesita disponer de unos valores desde los que tenga sentido la intervención. La intervención social no es ingeniería social neutra, en el sentido de constituir un conjunto de técnicas y procedimientos que pueden aplicarse indistintamente en una u otra dirección. La intervención social requiere de unos valores, una ética y una filosofía en la que sustentarse.

En la década de 1960, propuestas como las de Erich Fromm o como la pedagogía social de Paulo Freire, hacían explícitos los planteamientos ético-políticos en los que se sustentaban. Su propósito era hacer del individuo un sujeto consciente, no alienado, libre, no resignado con la fatalidad, solidario y, en última instancia, un sujeto político dispuesto a luchar por sus derechos y por los de los demás. Basaban su intervención contra la marginación en conceptos tales como la **concienciación** —proceso mediante el cual los seres humanos, no como receptores sino como sujetos de conocimiento, alcanzan una conciencia creciente tanto de la realidad sociocultural que da forma a sus vidas, como de su capacidad para transformar dicha realidad— y la **emancipación**. Esta filosofía se ve contemplada hasta cierto punto en el concepto de *empowerment* tal y como lo interpreta la psicología comunitaria en el siglo XXI, cuyo objetivo se puede resumir en la idea de la autodeterminación individual y la participación democrática en la vida de la comunidad. Así lo recogen Musitu y Buelga en su libro *Introducción a la psicología comunitaria* (2004). Tanto la pedagogía social como la psicología comunitaria hacen referencia a unos valores (quizá también a cierta épica militante de la intervención social)<sup>18</sup>, y a un compromiso ético que va más allá la técnica, más allá de la ingeniería social.

A las ciencias sociales y psicosociales les corresponde descubrir y describir cada vez de forma más precisa los factores de riesgo y de protección relacionados con la integración social, así como analizar y describir la imbricación de lo social en lo individual y viceversa, explicando, por ejemplo, cómo determinados fenómenos sociales ne-

<sup>18</sup> Pero hay que reconocer que ni la psicología ni la pedagogía han hecho grandes aportaciones a lo que podríamos denominar proceso de activismo político. Cuando se invita a los ciudadanos a ir más allá del análisis de sus circunstancias concretas prestando atención a las condiciones sociales generales, se les está animando indirectamente a la acción política. Mientras la acción se desarrolla a nivel local o comunitario, resulta relativamente fácil conectar lo personal con lo microsocio y el proceso puede ser asesorado técnicamente; pero cuando el compromiso se establece con lo macro sin conexión con lo micro y lo personal, el proceso se disloca y hasta el propio activismo puede convertirse en una forma de alienación. La psicología debería ser consciente de que el activismo político, cuando se profesionaliza o se convierte en un estilo de vida, puede implicar trayectorias vitales indeseables. Lo hemos visto muchas veces en países avanzados donde la actividad política está profesionalizada; quienes consiguen así un poco de poder para cambiar las cosas corren el riesgo de convertirse durante el proceso en exiliados sociales (aunque disfruten de privilegios) que solo se entienden entre ellos. Lo mismo ocurre en el extremo opuesto cuando el proceso implica algún modo de clandestinidad. Queda pendiente la construcción de una psicología positiva del activismo. Una inteligencia emocional de la reivindicación, para que el proceso activista no destruya o inutilice a sus artífices o líderes (quemándolos o profesionalizándolos). Sin duda serán fórmulas de organización política, pero deberían apoyarse en los conocimientos y las técnicas de la psicología social. El movimiento 15M representa un buen ejemplo de búsqueda de nuevas fórmulas organizativas y de liderazgo.



gativos derivados de la crisis económica pueden ser asumidos individualmente mediante procesos de deterioro biopsicológicos. Desde el paradigma de la salud mental se han descrito innumerables veces secuencias como la siguiente: desempleo/indefensión/aislamiento/depresión/abuso de alcohol/disminución de la eficacia del sistema inmunitario/mayor deterioro físico y psicológico/debilitamiento de las redes sociales/mayor deterioro...etc. O como explica Báñez Cambronero en *Emoción y exclusión social* respecto a las personas sin hogar: “Existe un vínculo significativo entre la acumulación de circunstancias negativas (traumáticas) acompañadas de cierta incapacidad de gestión emocional y el desencadenamiento de un proceso de exclusión en las personas sin hogar. Concretamente lo que se produce es una desconexión emocional y relacional, en principio defensiva, para no seguir sufriendo, que conduce a una caída libre” (Báñez, 2010).

Hay evidencias empíricas sobre la capacidad de protección de determinados factores y de los riesgos que entrañan otros. En ambos grupos cada vez cobran más importancia los factores emocionales. Una buena gestión emocional nos hace más fuertes y capaces, y una mala nos debilita. Pero la gestión emocional a su vez está íntimamente relacionada con los valores y la atribución de significado. A veces una buena gestión emocional puede ir en contra de los valores hegemónicos de una sociedad basada en una integración dicotómica de triunfadores y fracasados o en la alienación a la que conduce la sociedad de consumo. Una buena gestión emocional puede inducir un cambio en el orden de los valores. Dicho al revés, a veces es imposible mejorar la gestión de las emociones (con el consiguiente sufrimiento) sin reconocer que se está en una situación de opresión o alienación (familiar, laboral, comunitaria) y sin hacer nada por cambiarla.

Un ejemplo adecuado puede ser el de la persona con un patrón de conducta tipo A que desea mejorar su gestión emocional o mitigar algunos de los síntomas psicofísicos que le aquejan. El patrón de conducta tipo A ha sido definido como: “un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, híper-alerta, explosividad en el habla, tensión en los músculos faciales, y sensación de estar bajo presión del tiempo y en desafío con la responsabilidad” y es considerado como un factor de riesgo para la salud cardiovascular. Resulta evidente que cualquier intento de modificación de la gestión emocional de este patrón impli-

cará también un cambio en el orden de los valores (en este caso los relacionados con del éxito socioprofesional).

No solo las personas que están inmersas en un proceso de incorporación social deben reflexionar sobre los valores, también deben hacerlo los profesionales, los ciudadanos y los diseñadores de las políticas sociales.

Cyrulnik ha planteado con claridad la cuestión de la imbricación entre lo personal y lo social desde la perspectiva de cómo integrarse satisfactoriamente partiendo de una situación de adversidad o desventaja. Según el autor toda aproximación a la resiliencia ha de tener en cuenta tres aspectos o dimensiones: el temperamento personal, la significación cultural y el sostén social.

- El temperamento tiene que ver con los recursos internos que se adquieren durante la infancia en interacciones pre-verbales con la figura de referencia, que condicionará la forma de reaccionar ante las agresiones de la existencia. Aquí se puede establecer una relación con las teorías de Bowlby y Rogers. Se puede actuar con programas preventivos/educativos dirigidos a los padres y también se puede actuar de manera reparadora cuando no se han adquirido los recursos adecuados.
- La estructura de la agresión, la pérdida o la desventaja explican el daño inmediato, pero hay que determinar el significado que adquiere en la historia personal y en su contexto familiar y social. Por ejemplo, perder el empleo es un hecho, sentirse humillado y deprimido es consecuencia de asignarle una significación a ese hecho. En la significación intervienen elementos subjetivos de la persona y valores sociales y culturales imperantes en su entorno. El significado también guarda relación con el modo que gestionamos las emociones negativas: el dolor físico y emocional nos afectan de modo diferente según el significado que le atribuimos. Se puede trabajar socioeducativamente y terapéuticamente con la persona, pero también en grupo, en comunidad y tratando de influir sobre la cultura como veremos en el apartado correspondiente.
- El sostén social estaría encarnado por el sistema de apoyo primario (red social) y el secundario, constituido por los servicios sociales y de salud, por su disponibilidad y su accesibilidad. Ayudan a restañar heridas y a superar adversidades. Para que este nivel cumpla su función

hacen falta dos condiciones: una persona dispuesta a recibir ayuda y otra u otras dispuestas a brindársela, sean grupos primarios o recursos profesionales. En nuestro caso serían los recursos destinados a mejorar la incorporación social. La adecuación de los servicios sociales a estas necesidades es un asunto eminentemente técnico y la inversión suficiente en dichos servicios es un asunto eminentemente político.

### **3.3 LA EXCLUSIÓN COMO FENÓMENO SOCIAL** (la perspectiva sociológica)

Conforme tomamos distancia del fenómeno que estamos observando, dejamos de ver solo individuos y familias para contemplar agrupaciones mayores, sistemas sociales con sus propias leyes y características.

La necesidad de potenciar los activos sociales individuales podría hacernos creer que la exclusión social es el resultado de la suma de los déficits individuales pero, desde este nuevo observatorio, las cosas se ven de otra manera. Podemos ver sociedades excluyentes y sociedades integradoras, lo que nos hace pensar en la exclusión como un fenómeno social con raíces sociales y con consecuencias sobre los individuos que adquieren cierto aspecto de víctimas. No se trata solo de mitigar los déficits o aumentar las capacidades del individuo, también se trata de construir sociedades más acogedoras.

Desde la perspectiva sociológica, por exclusión social se viene entendiendo la falta de participación de individuos o segmentos de la población en la vida social, económica, política y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social, a la seguridad ciudadana). También se podría expresar como la existencia de diversos factores de exclusión cuya acumulación en personas, familias, grupos o territorios (barrios en crisis) dan lugar a diversos grados de vulnerabilidad o exclusión. La exclusión social hace especial hincapié en el carácter estructural de un proceso (ligado al postindustrialismo capitalista) que excluye a parte de la población de las oportunidades económicas y sociales estableciendo una diferencia entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están excluidos de ella. Excluido, tal y como

lo define Carmen Bel, significa no ser reconocido, no ser tenido en cuenta, “no ser” (Bel, 2002).

Muchos de los elementos que determinan la salud y la integración de una población dependen de factores políticos y económicos como el grado de desarrollo global, la distribución de la riqueza, la política fiscal, el porcentaje del PIB que se destina a las políticas sociales, el sistema de protección social y sanitario, así como concepciones diferentes sobre el estado del bienestar y como alcanzarlo<sup>19</sup>.

En una escala más pequeña, microsocia o comunitaria, también existen elementos que facilitan o dificultan la integración social: la política local en materia de integración, los servicios sociales comunitarios, el voluntariado, los grupos de ayuda mutua, el discurso social dominante en materia de inclusión/exclusión, el papel que juegan los medios de comunicación locales, los líderes y la entidades sociales, la accesibilidad o las barreras de los servicios públicos y privados.

Pedro Cabrera en su obra *Un techo y un futuro*, ofrece una síntesis del tipo de circunstancias que favorecen la exclusión: circunstancias de tipo material (pérdida de empleo o de hogar, situación económica precaria); de tipo relacional (problemas familiares, violencia en el hogar, aislamiento, hacinamiento); de tipo personal (problemas físicos o mentales); de tipo institucional (salida de prisión o de otras instituciones de acogida, exilio, carencia de «papeles»). Cuando muchos de estos factores se concentran en un individuo o una familia, estamos ante una situación de exclusión como la que define Carmen Bel.

El problema se ha hecho tan complejo que no se puede describir recurriendo simplemente a un solo factor: el índice de renta o la situación de desempleo, por ejemplo. Pero la complejidad no se debe convertir en la excusa para confundirnos sobre algunos datos concretos de la realidad, como por ejemplo que en determinados países de la UE las cifras de la pobreza no han menguado en la última década (antes de la crisis), o que en España no se han aprovechado los años de bonanza económica para reducir las diferencias sociales sino que se han incrementado.

<sup>19</sup> Como la exclusión es un fenómeno social su abordaje debe ser político, pero las políticas obedecen a diversas ideologías, además de a intereses. La idea central que late en el fondo de diferentes posiciones ideológicas es la de si la exclusión es consecuencia de factores estructurales del sistema o por el contrario se trata de una cuestión privada, de un fracaso individual en la lucha competitiva por la integración.

Es decir, por una parte tenemos la exclusión como un factor estructural del actual modelo económico. A lo largo de toda la década autores como García Roca, Tezanos, Raya, Aguilar, Castell y otros han advertido del riesgo de no caminar hacia una sociedad más integradora. Más bien al contrario, caminamos hacia una sociedad en la que cada vez es más difícil ascender en la escala social y más fácil descenderla. Este es, según su punto de vista, un problema de carácter estructural, una cualidad del sistema. La exclusión, por tanto, se definiría como un fenómeno relacionado con la evolución de las sociedades occidentales hacia el postindustrialismo (Raya, 2004). La idea fuerza es la siguiente: está en la naturaleza del modelo producir cierto excedente en forma de exclusión que solo podrá reintegrarse al sistema mediante potentes políticas sociales.

Por otra parte tenemos la exclusión como un fenómeno complejo y polifacético que va más allá de la privación material. Todavía hoy se siguen buscando nuevas fórmulas que permitan clasificar las situaciones de precariedad mediante un sistema común para la UE. No resulta fácil porque hay que encontrar indicadores que sirvan para situaciones muy desiguales dentro de la UE y, también, porque la crisis está haciendo cambiar a peor algunos logros que parecían consolidados. El último indicador que hemos incorporado se denomina Personas en Riesgo de Pobreza o Exclusión, cuyo acrónimo en castellano es ERPE. Como veremos en el apartado correspondiente (5.5), se trata de un indicador agregado que combina información relacionada con la renta, la privación material y el empleo de las personas que conviven en un mismo hogar.

Los mismos autores mencionados han intentado establecer determinadas categorías que les permitan clasificar los procesos de exclusión social en tres zonas: de exclusión, de vulnerabilidad o precariedad y de integración.

<b>Procesos de exclusión social</b>		
Zona de exclusión	Zona de vulnerabilidad	Zona de integración
Exclusión laboral	Trabajo precario	Trabajo estable
Aislamiento social	Relaciones inestables	Relaciones sólidas
Insignificancia vital	Convicciones frágiles	Sentido vital

Pero en *Primer impacto de la crisis sobre la cohesión social en España* (FOESSA, 2010), Laparra se refiere al modelo español como un modelo de «integración precaria» o de precariedad integrada, y afirma que por primera vez en mucho tiempo se puede ver gravemente amenazado:

El modelo español se ha caracterizado por estar excesivamente basado en un mercado laboral poco competitivo y por tanto inestable, un sistema de protección subdesarrollado y una familia sobrecargada de responsabilidades. Un modelo en el que las familias combinan los salarios con las prestaciones a través de estrategias intergeneracionales y de pareja, que ha sido eficaz en diversos momentos para compensar los efectos de la pobreza y el paro. De este modo, incomprensiblemente para los analistas europeos, elevadas tasas de pobreza y desempleo en la historia reciente del país no han generado grandes bolsas de población excluida, ni han supuesto claras amenazas a la cohesión social. Sin embargo, este modelo de integración “cogido con hilos” podría estar en plena descomposición por el impacto de la actual crisis económica y de sus efectos secundarios en forma de política de ajustes presupuestarios inducidos por los mercados que están reduciendo la capacidad de las políticas públicas para atender las necesidades sociales (FOESSA, 2010).

En este nuevo contexto las preguntas que se plantean son las siguientes: ¿podemos considerar la crisis que están padeciendo los países occidentales desde hace varios años y particularmente los llamados europeos periféricos, como una consecuencia lógica de un modelo de desarrollo que tiende a la dualización, o se trata de un fenómeno nuevo, de un cambio cualitativo? Si las cosas continúan empeorando y la cohesión y la paz social se ven gravemente comprometidas, ¿estaríamos en la evolución «normal» del sistema que produce un determinado porcentaje de exclusión más o menos reintegrable con políticas sociales o, por el contrario, la precarización de grandes capas medias podría conducir a una seria desafección del modelo?

Resulta difícil prever lo que puede ocurrir. En cualquier caso las políticas que se implementen para luchar contra la exclusión social y la pobreza tendrán que tener en cuenta todos los factores que hemos mencionado.

La adicción forma parte de los elementos que pueden producir o desencadenar diversos grados de exclusión. Las adicciones y el abuso de sustancias están relacionados con una gran conflictividad e inestabilidad familiar, con potenciales efectos negativos para todos sus

miembros (malos tratos, pautas inadecuadas de educación, fracaso escolar, etc.). Durante la adolescencia y la juventud se relaciona con situaciones de fracaso escolar, conflictos con la familia y dificultades para la emancipación. Puede provocar o empeorar problemas de salud física y mental. Cuando se está empleado se relaciona con el absentismo y cuando se está desempleado se convierte en un factor más de dificultad para acceder al mercado de trabajo. También se relaciona con el motivo por el que las personas ingresan en prisión y con la dificultad posterior para su reinserción. Teniendo en cuenta el efecto del alcohol y el tabaco representan un enorme problema de salud pública y de gasto sanitario. Desde esa perspectiva hay que abordarlas como un elemento clave para la prevención de la exclusión social.

# 4 La metodología del acompañamiento y el itinerario personalizado



Existen varias obras muy centradas en este apartado: Funes (1991), Cruz Roja (2002), Perea (2003), Martínez (2003), UNAD (2005)..., por lo que aquí nos limitaremos a realizar un resumen de sus características generales. Reconocemos que podría resultar de utilidad describir quién debe intervenir, qué servicios y en qué momentos del proceso, además de determinar quién será el referente de los individuos en proceso de incorporación sociolaboral. Pero desgraciadamente son aspectos que hoy por hoy dependen más de la ordenación de los servicios, y por tanto de políticos y planificadores, que de aspectos relacionados con la metodología de la intervención.

Como dijimos, el acompañamiento es una forma de entender la relación social y educativa entre el profesional y la persona atendida. La protagonista es la persona, pero el profesional está a su lado para apoyarla. Tiene un enfoque transversal ya que afecta a diversos tipos de dificultades y de recursos. Comienza a partir de la construcción de la relación a través de una adecuada forma de acogida y de un diagnóstico compartido. Continúa con la elaboración de un itinerario personal, su revisión y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Un itinerario que va a implicar un proceso de cambio, por lo que hay que suministrar recursos y apoyo; a veces instrumentales y a veces cognitivos y emocionales. El profesional pasa a convertirse en el referente para esa persona y en el nudo de comunicaciones con otros recursos. Se trabaja con la persona pero también con su entorno personal e institucional. El profesional facilita y media. No se trata de que se convierta en el portavoz de la persona, sino de trabajar con los recursos para que sean verdaderamente accesibles (despatogilizarlos), y con la persona para que sea competente en su utilización. Todo el proceso se basa en una relación de confianza mutua.

En cuanto al Itinerario Personalizado de Incorporación Sociolaboral (IPI), podemos considerarlo como la respuesta profesional al proceso de integración tal y como lo venimos definiendo: asesoramiento personalizado, multidimensional y destinado a facilitar un proceso de cambio que sucede a lo largo de diferentes fases. Una respuesta desde una perspectiva positiva e integradora que permite transitar por diversos recursos, programas, escenarios, así como adoptar una postura de defensa activa de los propios derechos.

Algunos autores refieren el itinerario a la incorporación laboral exclusivamente, mientras que otros, como la Red Araña, hablan de incorpo-

ración sociolaboral entendida como el “conjunto de acciones que se establecen de mutuo acuerdo con el orientado u orientada, en base a los resultados de la evaluación sociolaboral, y que se establecen para corregir las áreas en las que se hayan detectado puntos débiles y explotar las áreas en las que se hayan detectado puntos fuertes de cara a lograr la incorporación sociolaboral”. La postura de la UNAD a este respecto es la de contemplar la incorporación laboral como una parte muy importante de un todo que es la incorporación social.

Las características esenciales del itinerario personalizado de incorporación según diversos autores (Perea, UNAD, López, A.) son las siguientes:

- **Singularización del proceso.** Configura una respuesta de carácter individualizado, elaborada a la medida del usuario o usuaria.
- **Identificación y selección de prioridades.** Se diseña a partir del diagnóstico inicial, por medio del cual se determinan y clasifican las dificultades para la integración sociolaboral graduándose por orden de dificultad.
- **Personalización.** Necesita un tratamiento y un seguimiento altamente personalizado a partir de sesiones individuales.
- **Motivación.** Es un sistema que estimula la motivación y proporciona seguridad al usuario. Su implicación es facilitada desde las primeras intervenciones asociadas al diagnóstico y al autoanálisis que realizan el usuario y el profesional de referencia.
- **Responsabilidad.** Es una oferta abierta pero limitada de opciones entre las cuales tiene que escoger y llegar a un compromiso.
- **Participación del usuario en la gestión de su itinerario.** Se establece un marco donde situar los compromisos y relaciones. Los acuerdos que se alcanzan se realizan dentro de unos plazos de tiempo y con unos recursos determinados. Hay una serie de derechos y deberes que se van desarrollando progresivamente en función del cumplimiento de los objetivos previstos.

Resumiendo, este enfoque da lugar a programas que trabajan la integración sociolaboral de drogodependientes y adictos a partir de un itinerario de integración cuyas características deben ser: estar personalizado, ser diseñado de forma colegiada, ser flexible, gradual, planificado, tener en cuenta el entorno, utilizar los recursos normalizados

en la medida de lo posible, y ser evaluable.

Siguiendo con el esfuerzo por ofrecer una visión lo más normalizada e integradora posible, cabe establecer cierto paralelismo entre los servicios que presta un *coach* y un profesional de la incorporación.

La Asociación Española de Coaching, ASESCO, define el *coaching* profesional como:

“un proceso de entrenamiento personalizado y confidencial mediante un gran conjunto de herramientas que ayudan a cubrir el vacío existente entre donde una persona está ahora y donde desea estar. Es como una alianza entre coach y cliente, es un acuerdo entre las partes, donde se establecen los objetivos a alcanzar, la forma de llevar adelante el programa, la agenda de trabajo y la evaluación de los resultados que el «asistido» va alcanzando. Hoy en día, su práctica es accesible y aconsejable a todas las personas que deseen obtener mejores rendimientos en aspectos tanto personales como profesionales. Es un proceso de fuerte implicación personal pero no es una terapia... También podemos definirlo como una profesión que consiste en acompañar a personas o grupos en la misión de alcanzar sus objetivos.”  
ASESCO: [www.asescoaching.org/el-coaching/](http://www.asescoaching.org/el-coaching/)

Tal y como hemos dicho, el **acompañamiento** en el ámbito de la incorporación social también es una forma de entender la relación social y educativa entre el profesional y la persona asistida.

Como podemos observar tienen muchos aspectos comunes: desarrollo personal y de habilidades, colaboración, objetivos pactados, proceso personalizado, fuerte implicación personal sin ser una terapia, etc. Las diferencias fundamentales estriban en los clientes o usuarios, y en el marco que regula sus relaciones. El *coaching* se aplica fundamentalmente al entrenamiento de profesionales, ejecutivos y empresarios, mientras que el IPI se aplica a personas con dificultades de integración sociolaboral que con frecuencia están desempleados. Por otra parte, el *coaching* se suele desarrollar en el marco de una relación privada como la que puede establecer un consultor o un psicoterapeuta con su cliente, mientras que el acompañamiento se realiza a través de un servicio público relacionado con la integración social o el empleo. Pero nada impide que en un futuro se desarrolle un *coaching* dirigido a los profesionales de la incorporación sociolaboral (como ya existe un *counseling* y un *empowerment*) con financiación pública o privada.

Respecto a las funciones del profesional de la incorporación social hemos visto que puede desempeñar diferentes roles: acompañante, mediador o potenciador (*empowerment*) de los recursos propios de los usuarios. Por otra parte, teniendo en cuenta las circunstancias en las que solicitan asistencia los usuarios (grados diversos de vulnerabilidad y/o exclusión) es normal que el profesional se convierta en un referente confiable del proceso de incorporación. Los casos más graves acumulan muchos fracasos y un sentimiento de indefensión que requieren un contexto de gran confianza y seguridad para volver a intentarlo, para motivarse, para crear expectativas sin que el temor al fracaso los paralice. El proceso de *empowerment* no es una terapia convencional, pero sí es una relación que puede alcanzar un hondo significado personal y emocional para el sujeto de la incorporación.

Recordemos los dos elementos que se repiten en los sujetos resilientes: haber contado con una persona de referencia que los ha aceptado incondicionalmente y percibir que sus esfuerzos y su competencia son reconocidos y fomentados. Recordemos también algunos de los elementos que el profesional aporta a la relación a este nivel: acompañar sin juzgar, apoyando, ayudando, clarificando, sirviendo de referencia, reconociendo los logros, animando a explorar, etc. Aunque si hemos de buscar la fuente de la capacidad transformadora que implica la aceptación incondicional y el respeto máximo por el «cliente», deberíamos remontarnos a C. Rogers. Rogers confía en la capacidad de todo ser humano para conocerse y gobernarse (autorrealizarse), por lo que el terapeuta solo tiene que aportar el marco de confianza, de apoyo y de seguridad para que pueda explorar nuevos sentimientos, actitudes y conductas. No se trata tanto de dirigir el proceso como de acompañarlo en la experiencia, brindándole las condiciones requeridas y ofreciendo seguridad.

No todas las personas van a necesitar este tipo de ayuda. Afortunadamente hay personas que solo requieren cierto apoyo instrumental y la oportunidad material de demostrar su valía pero, mientras más descendemos en la escala de la exclusión, más frecuente es encontrar personas que han sido dañadas aunque presenten una máscara de cinismo o indiferencia, y que requieren de un determinado contexto de aceptación emocional para iniciar el proceso de recuperación.

Entre los distintos enfoques metodológicos que tratan de abordar esa problemática podemos descubrir varios elementos comunes. Ya sea

desde el *coaching*, desde el acompañamiento, desde los enfoques centrados en el cliente cuyos orígenes se remontan a Rogers, desde el *empowerment* promovido por la psicología comunitaria o desde los enfoques sistémicos, el presupuesto es el mismo: el experto es el cliente y el profesional es el asesor o consultor. El cliente o usuario es el único que sabe de sí mismo y los profesionales son expertos en procesos de cambio que facilitan los medios materiales y las condiciones psicosociales para que el sujeto explore nuevas posibilidades. Otro elemento más o menos compartido es que solo el sujeto con su petición de ayuda legítima ese tipo de intervención.

Para completar este apartado recogeremos algunas de las características que deben poseer los profesionales que intervienen en incorporación social. Hemos elegido uno de los sectores más duros de la exclusión como es el de las personas sin hogar —esos huéspedes del aire como los denomina José Cabrera— y a un autor como Gustavo García Herrero que aporta elementos muy interesantes sobre el perfil de los profesionales.

En el ámbito de trabajo con las personas sin hogar se ponen de manifiesto dos elementos centrales de cualquier proceso de incorporación: la motivación y el tejido relacional. En palabras del propio García Herrero durante las Jornadas Técnicas sobre Intervención Social con Personas sin Hogar (21 de julio 2011):

“Todos/as quienes trabajamos con personas sin hogar hemos tenido la experiencia de ver el fracaso de nuestras intervenciones cuando no hemos sido capaces de avanzar en la creación o consolidación de ámbitos relacionales, o cuando no hemos sido capaces de mantener la motivación; aspectos, por cierto, íntimamente relacionados.

Para trabajar con personas sin hogar, los profesionales han de tener no solo conocimientos, sino también habilidades y actitudes específicas:

- **CONOCIMIENTOS.** Lo que caracteriza un perfil profesional es un conjunto de conocimientos específicos teóricos y técnicos. Conocimientos sobre la persona y sobre el entorno; sobre el comportamiento humano y sobre los recursos sociales. El reciclaje continuado, imprescindible actualmente para cualquier profesional, es más necesario aún en el ámbito social, en el que se están produciendo cambios tan profundos, y más aún en un sector en el que hay tantas cosas que cambiar y tanto por aprender.

• **HABILIDADES.** Para intervenir con eficacia en procesos que se propongan conseguir cambios en la autonomía personal y en la convivencia, no basta tener conocimientos técnicos; son imprescindibles, además, determinadas habilidades:

**Habilidades de comunicación.** Ya que la esencia de la intervención reside en la relación que se establece con la persona que se interviene. La comunicación constituye un elemento esencial para la intervención y, por ello, una habilidad imprescindible para cualquier profesional.

**Habilidades para trabajar en equipo.** El carácter estratégico de la intervención con personas sin hogar requiere trabajar en equipo. Y trabajar en equipo requiere profesionales con habilidades para comunicarse y compartir conocimientos, estrategias, actuaciones, éxitos y fracasos. Profesionales flexibles, que entiendan sus funciones de manera permeable para encajar con los demás y para entender que, en un equipo, la responsabilidad colectiva es más que la suma de responsabilidades individuales.

• **ACTITUDES.** Entre las actitudes que debe tener un profesional para trabajar con personas sin hogar considero imprescindibles:

**Mentalidad estratégica.** Una intervención orientada al cambio personal tiene carácter estratégico. Por eso la primera actitud exigible a un profesional es imaginar horizontes que justifiquen el interés de la persona para iniciar ese viaje, previsiblemente azaroso y lleno de riesgos, pero siempre motivador.

**Paciencia, perseverancia.** El viaje siempre puede ser largo. El itinerario de inserción no acaba con la satisfacción de una necesidad material. El cambio personal no es una aventura lineal. El fracaso puede estar, y con frecuencia está, en cualquier recodo, y a veces trunca meses, tal vez años, de intervención. La paciencia y la perseverancia son así actitudes esenciales para trabajar con personas sin hogar. Sin ellas, tanto el éxito de la intervención como la propia personalidad del profesional, estarán amenazadas.

**Sensibilidad.** La sensibilidad es una actitud imprescindible para intervenir en entornos caracterizados por la complejidad. Cualquier escenario de intervención con personas, y más aún en el ámbito de su convivencia e inclusión social, es extraordinariamente complejo. La sensibilidad permite captar aspectos de la persona y de la intervención que los datos o los procedimientos normales no son capaces de poner de manifiesto. Y permite, así mismo, empatizar con la persona y

establecer los vínculos necesarios para la intervención. La sensibilidad necesita cultivarse día a día, ya que es extremadamente vulnerable a la rutina: “El que siempre da corre el peligro de perder el pudor. El que siempre reparte acaba por tener callos en las manos y en el corazón a fuerza de repartir” (Nietzsche, F. Así habló Zaratustra).

**Sentido del humor.** Los expertos en las teorías del caos, destacan dos actitudes esenciales para intervenir en escenarios de complejidad: la sensibilidad, a la que ya nos hemos referido, y el sentido del humor. El sentido del humor como una actitud ante la perplejidad del resultado inesperado, de lo que desafía toda lógica. Una actitud inteligente que relativiza el fracaso y nuestras propias limitaciones para abordar la complejidad del ser humano, de su comportamiento, de la convivencia..., y por ello actúa como vacuna ante otro tipo de reacciones menos sanas ante el fracaso y ante nuestras limitaciones.

**Resiliencia, motivación.** Nadie puede dar lo que no tiene. Nadie puede motivar si está desmotivado. Y ya hemos insistido en la trascendencia que tiene la motivación para intervenir con personas sin hogar: es la energía que pone en marcha y que mantiene cualquier itinerario, cualquier proceso orientado al cambio. Sin duda, quienes trabajamos con personas sin hogar tenemos motivos para estar enfadados, a veces tristes, preocupados..., pero nunca, nunca, podemos instalarnos en la desmotivación, estar permanentemente «quemados». Porque si es así, seremos incapaces de motivar, promover, desarrollar y mantener itinerarios de inserción. Y si no somos capaces de eso, ¿qué es lo que podemos hacer trabajando con personas sin hogar?” (García Herrero, G., 2011)

Si leemos el texto de García Herrero prescindiendo de las referencias directas al «sin hogarismo», comprobamos que son igualmente válidas para otras personas que se encuentren en situación de exclusión. Hay un sector de drogodependientes y de alcohólicos con una evolución de muchos años que ha roto casi todos sus vínculos con el mundo que le rodea. A veces poseen un techo y a veces no, a veces disponen de la ayuda de alguien que se ocupa de asistirles en sus necesidades básicas y otras no.

Ahora bien, incluir en el perfil del profesional determinadas cualidades y actitudes complejas como el sentido del humor, la gestión emocional de los conflictos, las habilidades sociales, la sensibilidad, la capacidad de trabajo en equipo, la empatía, así como una determinada ética de la intervención, plantea el problema de la formación y el reciclaje de

los profesionales. Algunas de estas capacidades no se adquieren o perfeccionan mediante un aprendizaje convencional. Existen técnicas para profundizar y mejorar la capacidad de escucha, de comunicación, de empatía, de gestión emocional, pero suelen implicar un compromiso que va más allá del aprendizaje académico. La cuestión es: ¿hay que incluirlas en el currículo formativo de los profesionales y en los procesos de selección? Nuestra opinión es que sí. No todos los médicos deben tener la extraordinaria coordinación y habilidad óculo-manual que es exigible a los cirujanos.



# 5

Las dimensiones de la  
incorporación  
sociolaboral

## 5.1 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO. EL MÉTODO JERICÓ.

Del individuo a la sociedad en una espiral

El método Jericó, bautizado así por su propio autor José Ortega y Gasset, es un modo de aproximarse a la realidad acorde con su teoría del perspectivismo, según la cual lo que vemos de la realidad siempre es una faceta de la misma o, dicho de otra manera, vemos la realidad siempre desde un punto de vista. Digamos que no hay una forma de ver el mundo que pueda considerarse verdadera. Ortega establece que toda verdad, es una «verdad en perspectiva», válida desde esa perspectiva y complementaria de las demás verdades en perspectiva. La verdad se formaliza como una totalidad creada por la integración de múltiples puntos de vista. Eso no quiere decir que todos los métodos tengan igual validez, por eso hay que estar vigilantes para revisar constantemente las reglas del paradigma filosófico en que se sustentan, las reglas de lo que se considera científico en cada momento, incluido el método del propio Ortega. Nosotros nos servimos de él aquí con una finalidad más descriptiva que explicativa.

Hay una metáfora con la que el filósofo español expresa muy bien su pensamiento: “la realidad no tiene una cara en sí, sino que la pone. Y a uno le pone una, y a otro le pone otra. La cara que aparece —el «fenómeno», la perspectiva— depende de los dos, de la realidad y de nosotros: la pone ella pero nos la pone a nosotros”.

Acorde con este modo de pensar ideó un método que permitía realizar aproximaciones sucesivas desde distintos puntos de vista al tema que se trata de «conquistar» en cada momento. Subrayamos el término conquistar porque el autor describe su método como un asedio. La metáfora la toma de la conquista de la ciudad de Jericó por los hebreos. El ejército tomó la ciudad girando una y otra vez alrededor de sus murallas haciendo sonar sus trompetas.

“Las trompetas que tocaban los sacerdotes en el cerco a Jericó simbolizarían el dramatismo de los problemas, los cuales habría que mantener constantemente presentes”. (Ruíz Fernández, J., 2009)<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> No defendemos el método como abordaje científico, pero sí nos parece muy adecuado como método expositivo y didáctico, algo para lo que el autor tenía un gran olfato.

Por una parte el perspectivismo dinámico orteguiano se adapta muy bien al enfoque multidisciplinar y biopsicosocial característico de los estudios sobre drogodependencias, y, por otra, el método Jericó se adapta muy bien a la idea de ir cercando el tema en círculos concéntricos de distinto diámetro que permita contemplarlo desde diversas distancias y a distintas alturas. Lo que describimos de esta manera es una espiral<sup>21</sup>, una figura de inmensas resonancias filosóficas y culturales muy ajustada a su objeto de estudio. En este trabajo suscribimos esa idea y esas imágenes, no necesariamente la doctrina del autor.

Un círculo se moverá en la esfera del individuo; otro en la de su medio más inmediato (su red personal y familiar); otro se corresponderá con su entorno comunitario; y finalmente, el más amplio de todos será el macroeconómico y sociopolítico.

## 5.2 LA DIMENSIÓN INDIVIDUAL

### Las causas y la dinámica de las adicciones

Cualquier intento de explicar las drogodependencias y las adicciones desde una perspectiva individual nos conduce al campo de las teorías psicológicas y neurobiológicas.

Probablemente existen tantas teorías sobre el origen de las drogodependencias como escuelas psicológicas y psicoterapéuticas, sin que

<sup>21</sup> No nos resistimos a presentar un texto hipnótico sobre la espiral. Dice así: "Tome mentalmente lápiz y papel. También valen el rotulador o el bolígrafo. Comience a dibujar un círculo mediano más bien pequeño. Pero ¡atención! no lo cierre. Resistase. Cuando los dos extremos de la línea se aproximan se comportan como los polos de un imán. Supere el campo magnético, no se deje atrapar por la viciosidad del círculo, olvide la pescadilla mordeándose la cola. Poco antes de llegar al punto de cierre, sencillamente, pase por fuera. Pase con su línea por encima del punto teórico de contacto. Sin prisa pero sin pausa continúe dando una vuelta completa alrededor de la línea anterior, y luego otra. Envuelva cada línea con la siguiente. No se apresure. Sin levantar el lápiz del papel permita que la línea siga enroscándose sobre sí misma. Comprobará que sin hacer ningún esfuerzo la línea evoluciona como si estuviese impulsada por una fuerza centrífuga. En cierto modo, pasamos, una y otra vez, por el mismo sitio, pero en un nivel y un tiempo diferentes: ¿una metáfora de la vida y de la Historia? A estas alturas ya habrá comprobado como se ha desarrollado ante sus ojos, mágicamente, una espiral. Pare. Haga una pausa. Contemple su obra, es única. Ahora repita la operación hacia el interior. Tome la línea en el punto donde comenzó y continúe lentamente hacia dentro, dejando poco espacio entre líneas. Llegará a un núcleo -ápice o vértex en los caracoles- que condensa unas fuerzas inmensas y que, según Hundertwasser, simboliza la vida y la muerte al mismo tiempo. La espiral es la representación ancestral de la evolución y del desenvolvimiento cíclico del tiempo."

por el momento se haya alcanzado un consenso teórico respecto a su génesis. En cambio, y aunque pueda parecer contradictorio, sí existe bastante más acuerdo sobre su desarrollo, sus características, su dinámica neurobiológica y sobre los modos de abordarlas.

Algunas teorías hacen mucho hincapié en los procesos de aprendizaje social a nivel cognitivo y conductual, complementariamente otras están realizando grandes avances en la regulación neurofisiológica de los sistemas relacionados con las recompensas y motivaciones internas. Las escuelas de corte analítico ponen el énfasis en el significado simbólico de la droga para cada individuo, en su capacidad para mitigar temporalmente la angustia (señal de alarma y motor de cambio para el psicoanálisis), y como síntoma de un problema estructural en el funcionamiento de la psique individual (brecha narcisista).

Por su parte, el modelo transteórico, ha adoptado un enfoque pragmático prestando menos atención a las causas del problema que al modo de obtener resultados, desarrollado un modelo completo de cómo se producen los cambios en relación con las drogodependencias y adicciones.

Los llamados modelos sistémicos o relacionales interpretan la adicción como un estancamiento del ciclo vital de la familia en una determinada etapa evolutiva personal y familiar. Por ejemplo, consideran las toxicomanías juveniles como un fracaso del proceso de autonomía y emancipación. También conceden mucha importancia a la función del síntoma —la conducta drogodependiente— en cada familia. Que estos modelos denominen síntoma a la conducta adicta y paciente «identificado» a la persona que lo padece se debe a que parten del presupuesto de que es la familia quien enferma o tiene un problema evolutivo (siendo el adicto el portador del síntoma de la disfunción familiar).

En el siguiente epígrafe desarrollaremos un poco más ambos modelos, sistémico y transteórico, por su importancia como enfoques psicoterapéuticos especializados en adicciones.

En el momento actual, los esfuerzos por explicar de una forma completa y acabada las causas y las consecuencias de las adicciones suele implicar la adscripción incondicional a una teoría. En la práctica es bastante más frecuente encontrar posiciones eclécticas que reconocen la complementariedad entre aspectos teóricos y técnicos procedentes de modelos diferentes. Gracias a ello, y a pesar del des-

acuerdo sobre su origen, se han ido acumulando conocimientos teóricos y prácticos que han convertido las adicciones en una disciplina con entidad propia. No hay más que repasar el índice de cualquiera de los másteres que se imparten en diversas universidades españolas para hacerse una idea de su alcance. Hay consenso sobre el enfoque ecológico o biopsicosocial, sobre la dinámica física y psicológica de la dependencia, sobre los avances en neurobiología, sobre muchas de las características de personalidad de las personas adictas, sobre la sociología y epidemiología de las adicciones, sobre los recursos y las técnicas que ofrecen resultados en las áreas de asistencia, prevención y reinserción, etc. Hasta cierto punto también se comparte la idea de que, a nivel individual, la drogodependencia se relaciona con una forma fallida de autoterapia.

En el fondo todos los enfoques vienen a referirse a un desequilibrio (neurobiológico, cognitivo, conductual, afectivo o social) en cuyo contexto el comportamiento adictivo representa una nueva homeostasis por precaria y temporal que esta sea. Aunque el contacto se haya producido de forma experimental o recreativa, la adicción se establece sobre la base de un déficit o malestar previos. La administración continuada de la sustancia o la conducta compulsiva se establece sobre un funcionamiento insatisfactorio crónico para el individuo, coadyuvada por la capacidad adictiva de las propias sustancias o de la repetición de las conductas. De no ser así, el consumo se seguiría produciendo de forma parcial o puntual.

El contenido de lo que ofrecen la adicciones varía de unos casos a otros: estimulación, relajación, analgesia, desinhibición, bienestar..., y depende de las características de la sustancia y también de las expectativas del sujeto.

Casas i Brugué emplea la llamada hipótesis de automedicación o hipótesis etiopatogénica conforme a la cual el drogodependiente recurre a la sustancia estupefaciente a la que es adicto porque esta es, justamente, la que le permite recuperar el equilibrio cerebral perdido a raíz de determinados trastornos cerebrales. Al hacerlo, el drogodependiente estaría en cierto modo «automedicándose», es decir, administrándose a sí mismo la sustancia que alivia su malestar. “No es drogodependiente el que quiere, sino aquél al que le toca serlo”. Otros autores y otras escuelas, que no comparten la hipótesis de predisposición genética aunque puedan aceptar cierta vulnerabilidad, se con-

centran en aspectos afectivos, conductuales o de percepción de uno mismo, y también en el papel que juega la persona adicta respecto a su entorno sociofamiliar. Pero todos dan por supuesto un mal funcionamiento, una insatisfacción, y un intento de mejorar la situación mediante la autoadministración del objeto de la adicción. Esta idea de déficit previo y de administración de una sustancia (o comportamiento) que lo compensa o disminuye es la que da lugar a la hipótesis (o a la metáfora) de la autoterapia<sup>22</sup>.

Si sumamos el hecho de que la insatisfacción o el déficit de funcionamiento sean bastante estables (crónicos), que la sustancia o conducta sea capaz de influir sobre los mismos (mejorándolos o mejorando la forma de percibirlos), y añadimos el efecto adictivo de la propia sustancia, tenemos los ingredientes necesarios para una dependencia. Lo interesante de la cuestión es que, a pesar de que los enfoques y los procedimientos sean tan diferentes y parciales, lo cierto es que en mayor o menor medida todos obtienen resultados.

¿Por qué ocurre esto? Porque los procesos emocionales, cognitivos, conductuales, biológicos y sociales están indisolublemente unidos, forman parte de un continuo. Los procesos psicológicos tienen un soporte neurofisiológico en nuestro sistema nervioso aunque todavía no hayamos descubierto todos sus secretos y, a su vez, los procesos neurofisiológicos tienen una representación psicológica. Donde el neurobiólogo solo ve niveles de serotonina, el individuo experimenta situaciones satisfactorias o insatisfactorias a las que no puede evitar atribuir un significado personal en su vida. Por otra parte la experiencia en el ser humano solo cobra significado en el ámbito social donde se desenvuelve, es decir, que lo social modula la experiencia psicológica que a su vez influye en la química cerebral. Además, cada vez hay más evidencia científica de que todos los procesos cognitivos están acompañados, impregnados, de elementos emocionales (Goleman, 1997 y Ciompi, 2007). En cuanto a la consciencia de las emociones solo cabe decir que es precisamente esa consciencia la que convierte una emoción en un sentimiento y que, por otra parte, un sentimiento es un proyecto de acción, un guión dramático que cuenta una historia (de venganza, celos, amor, piedad, envidia) tal y como acertadamente lo ha definido José Antonio Marina (Marina, 1996, 1998, 1999).

<sup>22</sup> En relación con las dinámicas neurobiológica y psicológica de las adicciones, así como con las diversas psicoterapias que se emplean en este campo, conviene reseñar el *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*, editado por SOCIDROGALCOHOL (2011).

Esta continuidad o integralidad es la que explica que el ser humano pueda responder positivamente ante procedimientos terapéuticos que parten de supuestos distintos. Un cambio cognitivo en la forma de ver las cosas puede inducir un cambio en la conducta o la emoción; lo mismo se puede decir de un cambio en el plano emocional, conductual o relacional. Cualquiera de ellos puede arrastrar a los demás, porque en realidad no están separados, solo los habíamos separado para estudiarlos... y se nos había olvidado.

En la actualidad se puede afirmar que se ha alcanzado un mayor grado de síntesis interdisciplinar en el abordaje de las adicciones a nivel técnico que a nivel teórico. Quizá porque no disponemos de un auténtico modelo teórico interdisciplinar; tan solo de unos cuantos adjetivos para nombrarlo: «modelo ecobiopsicosocial». Para comprobarlo no hay más que intentar juntar los resultados de las investigaciones de las diversas disciplinas que dicen partir el dogma interdisciplinar. El resultado es una especie de monstruo de Frankenstein en el que las costuras no logran disimular la procedencia irreconciliable de las piezas. Claro que la opción de la especialización tampoco ofrece garantías, porque, aunque en apariencia se renuncie al conjunto, como en el fondo no sabemos trabajar sin un modelo aunque sea implícito, al final los especialistas acaban proyectando una imagen del hombre como una rata de laboratorio evolucionada, un cerebro con patas o una caja negra de la que solo podemos conocer sus inputs y outputs.

Si hemos llegado más lejos en la práctica que con las teorías quizá habría que concentrarse, al menos durante un tiempo, en tratar de explicar inductivamente por qué funcionan las cosas que funcionan.

## **La idea de cambio y las psicoterapias en adicciones**

Cuando hablamos de factores individuales relacionados con la integración sociolaboral podemos distinguir entre factores más o menos objetivos como la edad, la formación, la experiencia laboral, la renta, el empleo/desempleo, las cargas familiares, las habilidades sociales, etc.; y aquellos otros factores de orden más subjetivo que, englobados a veces bajo el paraguas de la motivación, incluyen actitudes, percepciones, representaciones, expectativas, deseos y valoraciones. El modo en que el sujeto se percibe a sí mismo y a su situación, sus deseos de cambio, el modo en que evalúa sus posibilidades y su disponibilidad para emprender, son factores determinantes cuando se trabaja con per-

sonas concretas que desean mejorar su integración sociolaboral. Los profesionales del sector saben que cuando la persona tiene una idea realista de su situación, de su proceso, de sus limitaciones y capacidades y muestra un interés genuino por cambiar, ya ha iniciado el proceso de incorporación con buen pronóstico. Incluso puede que ya no necesite asistencia profesional para la incorporación, sino realizar un curso de especialización (formación) en determinada materia o poner en marcha un proyecto autónomo (con gerencia asistida o no).

En contextos socioeducativos y psicoterapéuticos la idea de cambio siempre está presente, pero con frecuencia es más fácil percibirlo que describirlo y explicarlo. A veces la suma de aprendizajes instrumentales no produce un cambio, digamos, cualitativo. Sin embargo en otras ocasiones, sin que se sepa muy bien por qué en ese momento y no en otro, asistimos a un cambio. Hay algo inaprensible en el cambio de las personas. No solo desde el punto de vista del profesional que asiste, también desde el punto de vista del protagonista que no puede decidir ni predecir cuando ocurrirá. Además forzarlos no parece servir de nada. Si aplicamos demasiada fuerza corremos el riesgo de desencadenar una fuerza de igual intensidad en sentido contrario conocida como resistencia (Perls, F.)<sup>23</sup>.

Lo que si sabemos es que determinados métodos y técnicas favorecen el cambio, también que la calidad de la relación que se establece entre el profesional y el sujeto es muy importante y, por supuesto, el tiempo; o mejor dicho, el ritmo, ya que cada persona tiene su propio ritmo de cambio. ¿Quiere esto decir que hay que resignarse a esperar que sea su momento? Sí, ya que el proceso no nos pertenece, pertenece al otro. Por eso podemos adoptar un modelo que integre el factor tiempo como un elemento clave del cambio. Todas las terapias parten del supuesto de que el pasado ha condicionado el presente, pero no tiene por qué determinar el futuro. Si no, la misma idea de terapia sería inútil. Algunas terapias como el Modelo Transteórico (MT) de Prochaska y Diclemente y la Psicología evolutiva familiar de Minuchin van más allá, incorporando el factor evolutivo a la idea de cambio y de motivación. Estas dos modalidades se han especializado en el tratamiento de las adicciones (sin descartar la utilización de técnicas procedentes de otros enfoques), por

<sup>23</sup> Perls creía que en lugar de contemplar la resistencia solamente como una barrera inanimada había que invitar al sujeto a explorar la naturaleza específica de su resistencia. Otros autores situados en una línea denominada estratégica, proponen formas ingeniosas y/o paradójicas de burlar las resistencias (Nardone y Watzlawick, 1992).



lo que les prestaremos una atención especial.

**Modelo transteórico (MT).** El cambio implica un fenómeno que ocurre en relación con el tiempo (sorprendentemente son pocos los modelos que incluyen un constructo representativo del tiempo) por lo que utiliza una dimensión temporal para integrar los procesos y los principios explicativos del cambio comportamental de diversas teorías.

Sus autores comenzaron por estudiar el modo en que algunos fumadores eran capaces de superar su adicción de manera «natural», sin ayuda profesional. Observaron que la mayoría de las personas pasaban por una serie de etapas que iban desde que se lo planteaban por primera vez hasta que consolidaban la abstinencia. Describieron el cambio como una progresión a lo largo de una serie de etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación (determinación), acción y mantenimiento. Durante la primera etapa el grado de ambivalencia respecto al cambio es muy leve. “Debería dejar de fumar” nos decimos sin mucho convencimiento. En la segunda, contemplamos más seriamente la posibilidad, sopesamos ventajas e inconvenientes. Durante la tercera, la decisión ha madurado o está madurando, porque ya nos planteamos pequeños cambios preparatorios, comenzamos a tomar medidas. Durante la acción estamos en la fase de dejar de fumar y el mantenimiento comprende aquellas medidas necesarias para mantener la conducta en el tiempo y la prevención de recaídas. Como puede comprobarse, cada fase tiene unas necesidades y exigencias. Es importante diagnosticar en qué fase se está para poder ayudar a pasar a la siguiente, incluso para desaconsejar determinados cambios que, por prematuros, pueden conducir al fracaso.

El modelo y sus fases se están haciendo muy populares, tanto que quizá se consoliden como en su día lo hicieron las fases del duelo, adquiriendo una validez prácticamente universal<sup>24</sup>. En nuestra opinión, parte del éxito del modelo de las etapas del duelo, se debe a la buena elección de los términos (claros y distintos) para designar las etapas, algo que no ocurre con los elegidos por el MT a pesar de que sus contenidos estén bien definidos<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

<sup>25</sup> Quizá sería más sugerente utilizar una terminología más relacionada con el deseo que con ejecutar una tarea o la solución de un problema («coquetear» con la idea de ser no fumador, dejarse «seducir» por las ventajas, hacer lo posible por «conquistar» la meta, «consumar» del deseo y «consolidar» o cuidar lo logrado).

Según la teoría, el proceso de cambio implica una evolución natural por cada una de las etapas, aunque con frecuencia, esa evolución pueda verse detenida o estancada en una de las fases. El modelo aporta, además de la comprensión del proceso, una serie de técnicas seleccionadas en función de las características de cada fase. Técnicas que sirven para facilitar el paso desde cada una de ellas a la siguiente. No obstante, fiel a su origen transteórico, el modelo permite aplicar técnicas procedentes de otros enfoques para pasar de una etapa a otra. Por ejemplo, es muy frecuente trabajar con técnicas procedentes de la terapia de familia para provocar la decisión de abandonar la adicción por parte del paciente, y con técnicas de corte cognitivo-conductuales para mantener la abstinencia y prevenir las recaídas.

Aunque se comenzó aplicando a las drogodependencias y adicciones, particularmente a la adicción al tabaco y al alcohol, posteriormente se ha empleado para modificar otros comportamientos relacionados con la salud como hacer dieta o realizar deporte de forma regular. Es perfectamente posible adaptarlo al proceso de incorporación o a algunos de los cambios que implica dicho proceso. Un ejemplo práctico podemos encontrarlo en el programa de prevención e inserción social de la asociación ASPAD de Madrid (Arranz, 2010).

Otro aspecto interesante es que ofrece un modo de intervención eficaz tanto para el proceso terapéutico como para el de incorporación, por lo que resulta muy adecuado para los dispositivos que se ocupan de ambos.

Veamos a continuación como el «grupo pro-cambio» define el modelo. Sus miembros son expertos en drogodependencias especializados en la aplicación de MT combinado con técnicas motivacionales (Miller y Rollnic, 1996). Por nuestra parte, vamos añadir algunas cursivas y a poner algunas palabras entre paréntesis con objeto de hacer más visible su aplicación en incorporación social y laboral:

«El *Modelo Motivacional Transteórico* pretende aportar un marco teórico y metodológico donde se puedan encuadrar todos o casi todos los instrumentos, técnicas y recursos utilizados hasta ahora en el tratamiento e *integración social* de drogodependientes; de manera que con su oportuna y flexible utilización, sea posible alcanzar un amplio abanico de objetivos que abarcan desde mínimos cambios en los patrones de consumo, dirigidos al mantenimiento de la supervivencia del consumidor y a *conservar los vínculos mínimos que*

TABLA 2

Tareas y estrategias adaptadas a los estadios de cambio.

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
<b>Precontemplativo</b> <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorizar el hábito y estadiarlo</li> <li>- Elaborar mapa de creencias</li> <li>- Trabajar la ambivalencia</li> <li>- Evitar y trabajar las resistencias</li> <li>- Aumentar la autoeficacia y la automotivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo narrativo</li> <li>- Evitar trampas</li> <li>- Reconocer resistencias</li> </ul>
<b>Contemplativo</b> <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo anterior</li> <li>- Diario de salud</li> <li>- Hoja de balance</li> </ul>
<b>Determinación</b> <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que el paciente verbalice el compromiso de cambio</li> <li>- Ayudar a elegir la mejor estrategia</li> <li>- Desarrollar un plan de actuación conjunto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer sumarios</li> <li>- Preguntas activadoras</li> </ul>
<b>Acción</b> <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar la autoeficacia</li> <li>- Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo narrativo</li> <li>- Preguntas activadoras</li> </ul>
<b>Mantenimiento</b> <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir las recaídas</li> <li>- Aumentar la autoeficacia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas</li> </ul>
<b>Recaída</b> <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso</li> <li>- Aumentar la autoeficacia y la automotivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Señalamiento emocional</li> <li>- Reestructuración positiva</li> </ul>

## EMPATÍA

Tomado del artículo La entrevista motivacional en atención primaria de Lizárraga, S. y Araya, M. Revista Anales, volumen 24, suplemento 2, Sistema Navarro de Salud. Estos autores incluyen una fase más: la determinación antes de la acción.

*le impidan caer en la exclusión*, hasta la abstinencia total de drogas, ligada a un profundo cambio inter e intrapersonal. Entre estos dos extremos, se puede encontrar cualquier punto intermedio en la modificación de emociones, creencias y comportamientos relacionados con el consumo problemático de sustancias y el *grado de integración social*, que con frecuencia se ha de convertir en estación de paso para cambios más profundos y duraderos. Esta amplitud en cuanto a la aceptación de múltiples procedimientos y objetivos terapéuticos, *educativos y sociales* va a permitir además, que este enfoque (*terapéutico*) sea aplicable a una amplia gama de poblaciones (en cuanto a diferentes patrones de consumo de drogas, edades, *grados de integración* o características demográficas que puedan presentar), en el seno de una gran variedad de marcos y *modalidades de intervención*.

El MMT se apoya para alcanzar estas ambiciosas pretensiones en dos sólidos pilares:

Por un lado, una forma de entender y desarrollar la relación con el usuario de nuestros programas basada en la empatía y aceptación incondicional, validadas a través de las técnicas y estrategias de la “entrevista motivacional”<sup>26</sup>. El MMT propone extender este estilo motivacional de relación, a toda comunicación entre el sistema (*terapéutico*) de *atención* y el usuario. De parte de los profesionales queda sobre todo, la difícil tarea de crear y mantener una fructífera atmósfera que facilite la sinceridad y la autorreflexión, condiciones imprescindibles para que se produzca la “motivación para el cambio”. De parte de los usuarios del programa, la elección de sus propios objetivos y la responsabilidad de sus propios éxitos y fracasos. En la interacción de ambos esfuerzos, reposa la elección de las adecuadas decisiones sobre los métodos a utilizar y de los tiempos y ritmos en los que se han de desarrollar.

El otro pilar fundamental del MMT, indispensable para la adecuada orientación y evaluación del proceso (*terapéutico*), es la aceptación común por todos los profesionales intervinientes, independientemente de su disciplina y posición en el sistema de atención (*terapéutico*), de un conjunto básico y fundamental de postulados respecto a como se produce el cambio intencionado y voluntario del comportamiento en el ser humano. El único que desde un punto de vista ético

<sup>26</sup> “La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal”. RET, Revista de Toxicomanías. Nº. 6 – 1996. También es una manera de definir el rol del terapeuta según la técnica de Rollnick y Miller con base en la psicología humanista.

podemos pretender, en nuestra opinión. En este sentido, se propone desde este enfoque, un punto de encuentro teórico común que trasciende y que aglutina de manera integradora y no excluyente, las diferentes perspectivas teóricas existentes. Este modelo sirve ante todo como lenguaje común, verdadero esperanto a utilizar entre los distintos profesionales respecto a las cuestiones esenciales en el proceso global de cambio, que así se convierten en los verdaderos ejes en los que enmarcar nuestra intervención biopsicosocial: qué, cuándo, cómo y por qué se cambia»

Este enfoque es muy adecuado para la incorporación social de adictos cuando el objetivo de su incorporación permanece (o al menos se inicia) en los equipos de tratamiento, como era el propósito inicial cuando se crearon. Es deseable que los equipos de tratamiento e incorporación dispongan de un lenguaje común y un marco de referencia que les permita dar significado a sus actuaciones. Puede ser el MMT u otro modelo que cumpla con los objetivos que este asume y declara.

Pero en la práctica estamos asistiendo a una separación entre los objetivos y procesos de incorporación sociolaboral, y los objetivos más específicamente clínicos dentro de los equipos de tratamiento. Mientras los equipos de asistencia adquieren un enfoque cada día más clínico-terapéutico, la incorporación sociolaboral (ISL) se aborda desde recursos externos de diversa índole. Este desplazamiento y fragmentación de los objetivos de ISL en recursos que no tienen un referente común puede producir cierta confusión. Confiemos en que la sensación de desorden y confusión se corresponda con un periodo de cambio (liminal) y no con la falta de previsión de quienes tengan que ordenar la materia.

Pero la fragmentación de los recursos destinados a la integración y la evolución de sus competencias no debería confundirnos respecto al proceso. Profesionalmente debemos concentrarnos en la metodología de integración sociolaboral que encuentra expresión en el itinerario personalizado de incorporación, ya que éste puede adaptarse al proceso de cada persona a lo largo del tiempo y a través de recursos diversos.

Sea cual sea el dispositivo desde el que afrontemos la tarea de incorporación sociolaboral resulta innegable la importancia teórica de un modelo evolutivo del cambio en el sentido de que nos ayuda a comprender cómo se produce el proceso en las personas con las que

trabajamos y facilita un tipo de intervención más precisa dependiendo del estadio en que se encuentren. Mejor aún si ofrece la ventaja de ser compatible con otros modelos y técnicas.

Otro enfoque terapéutico que tiene muy en cuenta el factor tiempo, es el que se apoya en el ciclo vital. En este caso no se trata de la evolución natural del cambio de un comportamiento sino de la evolución del ciclo vital individual y familiar. Salvador Minuchin ha esbozado una **psicología evolutiva familiar** (Minuchin, S., 1985) que describe las distintas etapas por las que atraviesan las familias. Cada una de ellas tiene determinadas características, determinadas expectativas y exigencias que se agudizan en los momentos de tránsito de una etapa a otra del ciclo. Cualquier conducta sintomática que afecte a la evolución de ese ciclo, desde una adicción hasta un episodio de anorexia o de depresión, tiene que ser comprendida en su contexto evolutivo.

Centrándonos en las drogodependencias, abusar del hachís con 15 o 16 años en oposición a la autoridad de sus padres, fracasando escolarmente y manifestando problemas de conducta tendrá un significado muy diferente que engancharse a la cocaína con veinticinco años poniendo en peligro las posibilidades de llevar una vida autónoma y emancipada de la familia de origen; o que la madre desarrolle una adicción a determinados psicofármacos coincidiendo con la época en que los hijos comienzan a marcharse de casa y con su propio climaterio; o que el padre desarrolle un consumo excesivo de alcohol tras haberse quedado desempleado o haber experimentado un divorcio traumático.

Minuchin describe cinco etapas del ciclo vital de las familias: Formación de la pareja, familia con hijos pequeños (aparición de los subsistemas parental y del filial), familia con hijos en edad escolar y adolescentes, familia con hijos adultos, nido vacío. En medio se pueden producir divorcios, abandonos, reconstituciones familiares, adopciones, y también una prolongación artificial de la convivencia con hijos adultos por la falta de oportunidades para integrarse en el mercado de trabajo. Al final la pareja puede volver a quedar sola o bien solo uno de sus miembros.

Si la drogodependencia se manifiesta durante la fase de la formación de la pareja habrá que valorarla de manera diferente si ya venía de la etapa anterior. Si viene de una fase anterior significará que no se había superado satisfactoriamente; probablemente no se ha producido una

completa emancipación de la familia de origen o se ha producido una pseudoindividuación. Si se ha adquirido en la nueva etapa, habría que explorar su significado en relación con la formación de la pareja o el matrimonio. Sin duda pueden intervenir otros factores como el trabajo o el desempleo, los problemas económicos, la situación del otro miembro de la pareja respecto a su familia de origen, pero remitirán al sistema de apoyo primario, que en esa etapa es, o debería ser, la pareja.

Los trastornos graves de conducta que observamos en los niños durante la fase de *familia con hijos pequeños* remiten a un grave problema en el sistema de los cónyuges que utilizan a los hijos como emisarios o como aliados de un cónyuge contra el otro. Otros menos graves suelen tener que ver con pautas educativas inadecuadas. En estas circunstancias se fraguan comportamientos sintomáticos en los hijos que pueden evolucionar hacia psicopatologías incluidas las adicciones y drogodependencias. Los trastornos más frecuentes son: hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta, ansiedad por separación.

En esta etapa la esposa puede considerarse prisionera de demandas contradictorias en la división de su tiempo y su lealtad. El marido puede dar pasos para su alejamiento (consumo de alcohol). Si el subsistema de los padres se ve muy sobrecargado (en esta y las siguientes etapas) y existen antecedentes, conviene vigilar el consumo/abuso de sustancias legales; fundamentalmente alcohol, tabaco y psicofármacos en los padres.

Cuando los chicos llegan a la *adolescencia* hay que volver a negociar las normas. La familia debería estar facilitando la progresiva autonomía de sus hijos adolescentes. Pero si aparecen determinados trastornos de conducta, del comportamiento alimentario, abusos de sustancias o adicciones, ese proceso se interrumpe. Por eso se consideran trastornos de emancipación juvenil.

Cuando los hijos son *adultos jóvenes*, tienen su propio proyecto de vida y poco a poco se van separando de la familia original, esta puede volver a ser de dos miembros (aunque depende de muchas circunstancias). Es la etapa que suele, o solía, designarse como *nido vacío*. De una mala solución en esta etapa sobrevienen multitud de problemas. Pueden consolidarse alcoholismos y depresiones en los padres, graves problemas de convivencia (incluida la violencia) entre cónyuges, diversos tipos de trastornos psicológicos, adicciones, etc.

Cuando los jóvenes adultos no han superado satisfactoriamente su proceso de autonomía y emancipación, aportan muchos factores de riesgo a las familias nuevas, con una alta probabilidad de repetir en ellas situaciones y problemas vividos en la familia de origen como las derivadas de las adicciones y drogodependencias.

Todo esto no es más que un botón de muestra para ilustrar como se puede comprender una conducta individual inadecuada (abuso de drogas, en nuestro caso) dentro del contexto de la evolución natural de las familias.

Según la hipótesis de Minuchin, las conductas problemáticas aparecerán cuando el sistema familiar no logra cumplir con los objetivos de la etapa en que se encuentra y serán más frecuentes en momentos de cambio, aunque tendrán significados diferentes según la situación de cada familia.

Los enfoques de tipo sistémico-relacional, a los que pertenece Minuchin, también han recibido un gran impulso en nuestro país a partir del modo en que abordaron las toxicomanías, particularmente las relacionadas con la primera fase de la epidemia de heroína. Los toxicómanos suelen presentarse en la consulta acompañados por uno o varios miembros de su familia muy directamente afectados por el problema y con frecuencia codependientes<sup>27</sup>. Los denominados enfoques sistémicos (también conocidos como terapia de familia) conceden mucha importancia a la función que desempeña la conducta concreta de cada drogodependiente en su familia.

Quizá convenga establecer una distinción entre teoría evolutiva familiar y técnicas de intervención sistémico-relacionales, de igual manera que entre modelo transteórico del cambio y técnicas de intervención basadas en la entrevista motivacional, aunque resulte difícil hablar de unas sin las otras.

Tomando el modelo transteórico de referencia en cuanto al cambio de la conducta adicta podemos implementar un programa de intervención con técnicas procedentes de diversos enfoques. Se puede trabajar con

<sup>27</sup> La codependencia es una conducta adictiva, caracterizada por el control o la focalización obsesiva en las necesidades y dificultades crónicas de la vida de otras personas, en desmedro de la atención de las necesidades y el cuidado de la propia persona (Meyrialle, C., [www.lacodependencia.com.ar](http://www.lacodependencia.com.ar))



miembros significativos de la familia en cada una de las fases para pasar a la siguiente. Por otra parte las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado una gran eficacia en la consolidación de la conducta de abstinencia y de prevención de recaídas, como ya hemos mencionado.

Tomando como modelo de referencia la psicología evolutiva familiar de Minuchin podemos implementar programas preventivos y de detección precoz en familias con base en los momentos críticos de sus cambios evolutivos. También se pueden desarrollar programas rehabilitadores con técnicas procedentes de otros enfoques sin renunciar a comprender el significado que tiene la conducta drogodependiente dentro del ecosistema en evolución que representa la familia.

Se trata de comprender dentro de este esquema evolutivo las circunstancias que hacen que personas y familias se precipiten en la exclusión desde una posición de vulnerabilidad. La exclusión se debe poder explicar socialmente, pero también familiarmente, ya que las familias representan el primer sistema de apoyo y tienen mucha influencia sobre el significado que el sujeto atribuye a lo que está ocurriendo (un despido, un desahucio, una enfermedad, etc.).

Este marco sirve de referencia para contextualizar cualquier demanda que pueda presentar un individuo dentro de su ciclo vital. Un ciclo que, por su propia naturaleza, está incardinado culturalmente con las demandas materiales y simbólicas de la sociedad a la que pertenece. Permite leer lo que a veces aparece como un malestar individual indiferenciado y sin aparente solución en un contexto familiar y cultural que le da sentido. Puede decirse que siendo principalmente un método psicoterapéutico, mantiene un enfoque sociocultural que permite comprender la conducta de los individuos y las familias dentro de la dialéctica individuo/sociedad. También puede servir, como decimos, para contextualizar la situación de personas vulnerables, en riesgo de exclusión y excluidas.

Disponer de un modelo de desarrollo previsible de las familias y los individuos dentro de una determinada cultura ofrece muchas ventajas. Si además disponemos de información sobre cómo se está produciendo esa evolución en nuestro momento histórico concreto mucho mejor. Una de esas ventajas enlaza con la línea de trabajo de promoción de la salud que se apoya en lo que podríamos denominar como estandarización del desarrollo normal/saludable para potenciar los ac-

tivos naturales del individuo y prevenir desajustes y problemas, como el programa pediátrico del niño sano que se aplica en el sistema de salud español.

Hace más de un siglo, Van Gennep abordó desde un punto de vista antropológico las fases del cambio relacionadas con las transiciones vitales o con los cambios de estado dentro de una comunidad. En el modelo de sociedad tradicional y tribal que él estudió, esos cambios estaban pautados por lo llamados *ritos de paso*. Hoy muchos de esos ritos se han disuelto en esta sociedad «líquida» del postmodernismo, pero la descripción de las fases de cambio ante un momento vital de transición sigue siendo válida.

Son los siguientes: periodo preliminar, liminal y postliminal. Cada una de esas etapas posee unas exigencias y unas necesidades. En la primera etapa se agudizan las expectativas y temores frente a un cambio que se avecina. A veces son tan fuertes que lo bloquean, por ejemplo, cuando alguien se plantea que nunca más volverá a fumar puede desarrollar tal ansiedad anticipatoria que solo desee encender un cigarrillo. La segunda etapa, al circunscribirse al momento propio del tránsito, puede producir cierta confusión, cierta desestructuración (esta situación recuerda al momento actual de los recursos de incorporación). En la última etapa el cambio formal ya se ha producido y es reconocido socialmente, por lo que puede verse influida por las expectativas de cómo se desempeñará el nuevo rol o se vivirá la nueva situación. Estas fases pueden aplicarse a multitud de situaciones. El *rito de paso*<sup>28</sup> tal y como lo entiende el autor es un procedimiento reglado y consensuado socialmente para pasar de un estado a otro. Además de descartar los rituales sociales obsoletos quizá deberíamos empezar a construir nuevos ritos adaptados a nuestros valores y a nuestro tiempo.

La importancia práctica de disponer de un modelo evolutivo del cambio en el trabajo de integración social es que permite evaluar a las

<sup>28</sup> Los ritos de paso son un procedimiento que facilita el cambio de estatus o situación en un medio social determinado manteniendo la cohesión social. Cabría pensar en la terapia o en determinados procedimientos de incorporación social como modernos ritos de paso, particularmente si gozan de refrendo social. El más evidente es la Comunidad Terapéutica. Los ritos de paso, cuando están vivos en una comunidad sirven para crear y mantener la solidaridad social, la cohesión del grupo y para legitimar instituciones y prácticas sociales. Son unos mecanismos sociales que facilitan los cambios y las transiciones, estableciendo unas coordenadas temporales reconocibles por todos: por el sujeto, su familia, su tribu, su comunidad... "a partir de este momento, este chico dejará de pertenecer al grupo de los jóvenes para convertirse en un adulto con todas sus obligaciones y privilegios".

personas no solo desde la perspectiva de los factores de riesgo y de protección, de las capacidades y los déficits, sino también en relación con el momento vital (etapa, fase o periodo) que se encuentran respecto al cambio de determinados comportamientos, roles o estatus. Eso nos permitirá comprender la conducta en el tiempo y tomar determinadas decisiones sobre las técnicas más adecuadas a emplear. Los modelos evolutivos tienen muy en cuenta la coordenada temporal del futuro. El futuro, o más exactamente la percepción del futuro, es un buen factor para predecir los cambios de las personas. Podemos saber muchas cosas de una persona a través de su proyecto vital y no solo analizando su biografía.

## Áreas de la dimensión individual

En primer lugar conviene recordar que no todas las personas que dependen de una droga o abusan de una sustancia se encuentran en una situación de exclusión social, ni siquiera tienen por qué estar desempleadas. Muchas compatibilizan el desarrollo de una actividad profesional con el abuso o la dependencia de sustancias como el alcohol, la cocaína o el hachís, al menos durante un periodo de tiempo. También es cierto que, a la larga, el desempeño profesional suele resentirse al igual que otros aspectos de la vida. Lo que sí puede afirmarse es que las adicciones constituyen al menos un factor de riesgo desde el punto de vista psicosocial y de la salud.

La confusión procede de tomar la parte por el todo, de identificar a todos los adictos con la población que solicita ayuda en los servicios especializados (esta población si está muy bien estudiada); y de identificar a esta última con los casos más graves desde el punto de vista social y de la salud.

En la práctica, las personas solicitan ayuda en los servicios de drogodependencias motivadas por muy diversas razones. Pueden hacerlo por la propia adicción, pero es más frecuente que la demanda esté relacionada con problemas tales como el deterioro de la convivencia familiar, la presión para iniciar tratamiento por parte del entorno, la falta de medios económicos para sostener la adicción y/o la economía familiar, los problemas laborales, judiciales o de salud. Los usuarios también presentan grados de integración muy diferentes. Mientras algunos logran mantener cierto nivel de integración familiar, social y

laboral, otros reúnen muchos factores de riesgo como la falta de una vivienda adecuada, la ausencia de relaciones positivas, enfermedades, desempleo, problemas judiciales, patología dual, situándolos en los escalones más bajos de la exclusión social.

Desde el punto de vista de la integración social, la población de adictos podría ser clasificada según grados de exclusión, lo que permitiría realizar políticas y programas basados en la zona de integración, vulnerabilidad, precariedad o exclusión en la que se encuentren, más que en la pertenencia o no a un determinado colectivo. También podemos acudir a un indicador como el ERPE (indicador agregado que designa a Personas en Riesgo de Pobreza o Exclusión, AROPE en inglés)<sup>29</sup>, que desarrollaremos en el apartado dedicado a la dimensión macrosocial.

Las áreas relacionadas con la integración social que pueden verse afectadas por una adicción son similares a las que pueden verse afectadas como consecuencia de una discriminación étnica, de una discapacidad o de la falta de hogar. Lo mismo puede afirmarse sobre las medidas que se pueden adoptar para mejorar la integración social respecto a cada una de ellas.

Sin negar las especificidades de cada colectivo, podemos comprobar que hay muchos elementos comunes entre ellos. Veamos algunos ejemplos.

Entre los adictos hay una mayor incidencia de problemas de salud física y mental (la adicción puede considerarse en si misma una patología mental) y entre los toxicómanos hay una mayor incidencia de problemas judiciales derivados del carácter ilegal de las sustancias que consumen. Esto afecta considerablemente a la población reclusa —unas 77.000 personas en España—, ya que entre el 70% y el 80% de ellas están privadas de libertad por motivos relacionados con las drogas. Pero eso no quiere decir que otros colectivos no tengan problemas de salud, de hecho es uno de los factores que influyen en la inclusión/exclusión de la ciudadanía en todos los colectivos. La mayoría de los estudios sobre colectivos excluidos hablan de una menor expectativa de vida y de peor acceso a los servicios sanitarios. Respecto a los pro-

<sup>29</sup> La estrategia europea 2020 se plantea un nuevo indicador agregado para medir el número de personas que viven en riesgo de exclusión o de pobreza. Está compuesto por tres factores: Renta, población bajo el umbral de la pobreza; PMS, privación material severa; y BITH, baja intensidad de trabajo por hogar. Sumando los valores de los tres indicadores obtenemos el ERPE.

blemas de tipo legal, es un factor determinante en un colectivo como el de los inmigrantes ya que el hecho de tener o no tener «papeles» condiciona poderosamente su integración. Por su parte, las barreras físicas (y el esfuerzo económico que a veces supone la adaptación física y/o tecnológica del entorno) afectarán principalmente a los minusválidos, pero también a las personas mayores siendo un colectivo en crecimiento en nuestro país. En lo que se refiere a elementos tales como educación, empleo, vivienda, acceso a los servicios y al entorno social normalizado, etc., todos los colectivos presentan problemas en diversos grados. También los prejuicios, la estigmatización y la discriminación constituyen una desafortunada seña de identidad social de todos ellos, siendo los emigrantes, los gitanos y los enfermos mentales los que expresan sentirse más discriminados. Sin olvidar la realidad transversal del género, que actúa como un elemento más de discriminación dentro de cada uno de ellos.

Respecto a los campos relacionados con la incorporación sociolaboral también podemos afirmar que son comunes a todos los colectivos. Mejorar la formación, la empleabilidad, las habilidades sociales, la motivación para el cambio, la gestión emocional, el uso del tiempo desocupado, la red social, la motivación, son objetivos comunes de la incorporación social de cualquier persona sea cual sea el colectivo al que pertenezca.

En espera de una reorganización del sector basado en grados de integración/exclusión más que en pertenencia a uno o varios colectivos, pasamos a describir algunas de las áreas que se pueden ver afectadas por las adicciones, volviendo a recordar que la suma de todas ellas no constituye un perfil más que para el subconjunto que se encuentra más próximo a la exclusión.

## **Patología dual**

La patología dual se puede definir como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> (<http://www.insercionsocial.com/integracion-social/radiografia-de-la-patologia-dual/>)

Antes que nada conviene recordar que tanto la patología mental como las adicciones añaden factores de riesgo al resto de los llamados colectivos vulnerables que según el antiguo MTAS eran los siguientes: mayores, discapacitados, infancia-familia en riesgo de exclusión, drogodependientes, personas enfermas de SIDA, inmigrantes, solicitantes de asilo, gitanos, mujeres en riesgo de exclusión, reclusos, personas sin hogar y habitantes de barrios degradados. La situación es más grave si lo que se añade a estos factores es una patología dual.

En la actualidad los cálculos más optimistas sitúan entre un 50% y un 60% el porcentaje de los pacientes drogodependientes que padecen también una patología mental. Algunos autores calculan que para dentro de una década los adictos con patología dual se situarán entre el 70% y el 80% (Comisión Mixta, 2011). Algunas de esas enfermedades preceden a la adquisición de la adicción y pueden haber influido en su desarrollo, como es el caso de muchos trastornos de personalidad, mientras que determinados daños neurodegenerativos son consecuencia directa de los años de adicción. El hecho de padecer dos enfermedades o trastornos mentales, la adicción y la enfermedad mental, representa por sí mismo un grado de riesgo considerable para la integración social satisfactoria.

Los casos más graves pueden llegar a ser incompatibles con el desarrollo de una actividad laboral convencional y tener reconocida la incapacidad. Según el informe al que venimos haciendo referencia de la comisión mixta Congreso-Senado de mayo del 2011, “la adicción es la segunda causa de incapacidad después de la depresión”.

Los más leves pueden no llegar a cumplir los criterios diagnósticos de patología dual, pero sí presentar dificultades para la plena integración social y para competir en un mercado de trabajo exigente y restringido como el actual. Nos referimos a una serie de obstáculos tales como: dificultad para adaptarse a determinados ambientes normativos, baja tolerancia a la frustración, falta de constancia, baja autoestima, baja autoeficacia con tendencia a un modo de atribución externo, déficits de atención, concentración y memoria, inadecuada gestión emocional, habilidades sociales insuficientes, escasa o nula asertividad, dificultad para controlar los impulsos, tendencia a la depresión, etc.

Para complicar aún más el cuadro, a veces se da la paradoja de que el cumplimiento estricto de los tratamientos que implican las citas en los servicios de salud mental y de drogodependencias, la realización

periódica de controles toxicológicos y pruebas analíticas, la dispensación controlada de algunos medicamentos como la metadona, pueden dificultar la búsqueda y el mantenimiento de un empleo.

Otra dificultad añadida respecto a la integración social de personas con problemas de salud mental tiene que ver con la ambivalencia de la demanda de ayuda y con la motivación para el cambio. Las enfermedades mentales, incluidas las adicciones, tienen una característica que las distingue de otras enfermedades y es que tanto su reconocimiento como su superación dependen en gran parte de la persona. Muchas enfermedades que podríamos denominar biológicas para distinguirlas de las mentales —aunque si se acepta el modelo biopsicosocial no existen enfermedades exclusivamente biológicas ni mentales—, se curan con la administración de un tratamiento específico, sin que la voluntad del paciente juegue un papel relevante más allá de aceptar someterse a dicho tratamiento. En esos casos, el enfermo suele tener más confianza en el diagnóstico facultativo; lo asume con más facilidad, salvo que sea de extrema gravedad; acepta mejor la prescripción, salvo que implique grandes cambios en el estilo de vida; y, sobre todo, no presenta esa ambivalencia respecto a la curación: querer y no querer curarse; querer y no querer cambiar.

Una contribución importante de la metodología de trabajo con adictos y drogodependientes al trabajo con personas que padecen otras dificultades de integración puede ser su conocimiento profundo de los mecanismos de la dependencia. Aunque pueda parecer un juego de palabras, el factor principal del tratamiento con adictos es la superación de la dependencia. No solo la dependencia de la sustancia o la actividad, también la dependencia como rasgo de personalidad, como estilo de vinculación con los otros, como elemento clave de la relación entre la persona y su cuidador habitual (codependencia), etc. Cuando una persona supera satisfactoriamente su drogodependencia generalmente ha dado pasos importantes para la superación de la dependencia en otros aspectos de su vida. Se convierte en alguien un poco más independiente y autónomo, tanto es así, que a veces a su entorno le cuesta aceptarlo y adaptarse al nuevo comportamiento de la persona. Por tanto la dependencia está siempre bajo el foco de atención en el trabajo con adicciones, desde la primera entrevista, en la que es muy frecuente que su acompañante hable en nombre de la persona, hasta la última, en la que para dar el alta se valora el grado de autonomía personal alcanzado junto con el abandono de la adicción.

Es posible que en el trabajo de incorporación con otros colectivos no se preste tanta atención específicamente al factor de dependencia psicológica a lo largo de todo el proceso, pero padecer determinados hándicaps durante toda la vida puede promover relaciones de dependencia con los cuidadores, marcar un estilo de relación y un rasgo de carácter. Teniendo en cuenta que esa dependencia es un claro factor de riesgo para la incorporación social satisfactoria, la experiencia profesional de trabajo con adictos podría aportar valiosas claves para su superación en otros colectivos.

¿Qué podemos hacer? Aunque no exista una teoría común son numerosos los elementos de consenso en materia de recursos, técnicas y procedimientos psicológicos y psicosociales para la incorporación de drogodependientes y adictos. Relacionados con trastornos mentales leves (o dificultades en la maduración psicológica, construcción de la personalidad o proceso de socialización) se han desarrollado técnicas y programas de reconocida eficacia: programas de entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y empatía; de trabajo en equipo; de control de impulsos; técnicas destinadas a elevar el umbral de la tolerancia a la frustración y a mejorar la gestión emocional. Estrategias dirigidas al entorno familiar inmediato para favorecer el abandono de la adicción y desalentar los beneficios secundarios de la enfermedad y las recaídas.

Estas técnicas y estrategias se encuentran en multitud de programas presentes en la mayoría de los recursos específicos: centros de tratamiento ambulatorio, centros de día y de incorporación social y/o laboral, comunidades terapéuticas, pisos de apoyo a la inserción, programas de incorporación dirigidos a la población reclusa y ex-reclusa, etc.

En incorporación social y laboral, el uso de determinadas técnicas y la administración de determinados programas tienen que valorarse desde la perspectiva del itinerario personalizado de incorporación bajo la supervisión del profesional responsable. En ocasiones se llevarán a cabo en el mismo dispositivo donde el profesional atiende a la persona y, en otras, se utilizarán recursos externos; pero siempre bajo el criterio de cumplir lo más eficazmente posible el programa personalizado de incorporación.

Cuando hablamos de patologías duales graves la cosa se complica, ya que la intervención psicoterapéutica y generalmente también far-



macológica, requieren una fuerte supervisión clínica. En esos casos lo recomendable es la estrecha coordinación entre el profesional clínico de referencia y el de incorporación.

## La dimensión socioeducativa

En la literatura especializada la dimensión socioeducativa suele aparecer ligada a la idea de socialización o resocialización identificándola, hasta cierto punto, con el proceso de incorporación. Veamos lo que dice al respecto la Unión de Entidades y Asociaciones de Atención al Drogodependiente (UNAD) en su Documento Marco sobre incorporación social de drogodependientes:

“Y es que hay que tener en cuenta que, en la UNAD, estamos hablando de personas que, por las razones que sean, han visto interrumpido su proceso de socialización (...). No existe una prescripción terapéutica estándar para todas las personas con problemas de drogas, sino que se trata de un proceso educativo de asimilación crítica y personalizada de los valores normas y conductas del grupo social al que se incorpora... En definitiva se trata de generar cambios ligados a mejoras vitales para las personas”.

Desde ese punto de vista la intervención socioeducativa re-socializadora abarca la práctica totalidad de las actuaciones que pueden llevarse a cabo en materia de rehabilitación e incorporación. Pero, en nuestra opinión, las tareas que se proponen desde este ámbito se corresponden con una parte de las que hemos visto anteriormente, concretamente las que se recomiendan para trastornos mentales leves, aunque la terminología profesional las designe de forma diferente dependiendo de si procede del ámbito clínico o psicosocial. Desde una perspectiva clínica probablemente se hará más hincapié en los rasgos, síntomas y enfermedades previas y posteriores a la drogodependencia así como en los déficits relacionados con la «construcción de la personalidad» que pueden dar lugar a trastornos de personalidad de gravedad variable. Sus métodos serán fundamentalmente psicodiagnósticos y psicoterapias. Desde una perspectiva socioeducativa el proceso interrumpido es el de «socialización», y los métodos que se proponen son fundamentalmente educativos o socioeducativos. En realidad no son en absoluto incompatibles, en gran parte están hablando de lo mismo aunque desde perspectivas diferentes.

Por trazar alguna frontera diríamos que lo recomendable es contar con un diagnóstico psicopatológico que distinga determinados trastornos psicóticos y trastornos graves de personalidad, de otros que también pueden representar dificultades para su incorporación sociolaboral pero, sin llegar a constituir una patología dual. También conviene tener en cuenta algunos trastornos que, sin revestir en principio una gravedad extraordinaria, pueden presentar cierta dificultad a la hora de establecer una relación socioeducativa o formativa con ellos. Nos referimos a personas con rasgos histriónicos, impulsivos, manipuladores, narcisistas o histéricos muy marcados.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, no es lo mismo una carencia de habilidad social instrumental que una fobia social. Las resistencias que presentan algunas personalidades con rasgos psicóticos pueden confundirse con una negativa a acatar las normas de funcionamiento en grupo en torno a una tarea. Tampoco es igual el grado y el modo de oposición que puede presentar un joven inmaduro a la hora de realizar determinadas tareas, que la que puede exhibir una persona con una estructura de personalidad obsesiva compulsiva que no está de acuerdo con la forma en que se ha organizado la actividad, o una persona con trastorno grave de la personalidad de tipo narcisista. En todos esos casos es importante disponer de un diagnóstico previo y de unas recomendaciones terapéuticas orientadas de forma práctica a facilitar el proceso de incorporación. Lo deseable sería alcanzar un grado de coordinación similar al que se produce, por ejemplo, entre el diagnóstico y la prescripción especializada en rehabilitación y los diferentes protocolos (psico)fisioterapéuticos de intervención. En ningún caso se trata de propiciar un proceso de segregación a través de la clasificación de los casos de salud mental, pero tampoco se trata de dejarlos por imposibles. Es verdad que algunos casos de patología dual revisten una gran complejidad, pero eso no quiere decir que no puedan ser objeto de un itinerario de incorporación social.

## Formación

En un plano más práctico encontramos con demasiada frecuencia que las personas han interrumpido prematuramente su proceso formativo, presentando un nivel bajo de desarrollo académico y de formación profesional. Se pueden presentar dos circunstancias muy diferentes. 1ª) Cuando el problema se circunscribe a elevar el nivel formativo con-

tando con una buena disposición por parte de la persona y con unas capacidades relativamente intactas, en cuyo caso el trabajo consiste en proporcionar la formación adecuada. Existen diversas posibilidades para retomar los estudios: educación de adultos, obtención del título de graduado escolar o módulos de formación profesional/ocupacional. Más recientemente se ha abierto la puerta a la posibilidad de obtener una acreditación oficial de la experiencia profesional alcanzada a lo largo de los años. 2ª) Con frecuencia fallan las habilidades más básicas: hábitos, horarios, normas básicas de educación, bajo umbral de tolerancia a la frustración, impulsividad, dificultad para la concentración, inadecuada gestión emocional, motivación. En esos casos hay que empezar por ahí, y el trabajo puede abordarse en centros de tratamiento, de incorporación sociolaboral o en comunidades terapéuticas mediante la elaboración de un IPI que contemple, como primeros pasos, la recuperación de esas habilidades.

Es importante destacar que, desde la perspectiva de la incorporación social, lo básico no es si una persona consume o no de forma esporádica, o si está en tratamiento con antagonistas o con agonistas opiáceos o cualquier otro fármaco; lo importante es que la persona se levante a su hora sin que tengan que llamarla, que responda adecuadamente ante el marco normativo propio de la actividad que está realizando, que sea capaz de cumplir con varias horas seguidas de clase o de trabajo, que no reaccione de manera desproporcionada ante el primer inconveniente, etc. Cuestiones como estas constituyen el sustrato básico sin el cual es difícil trabajar en un ámbito formativo reglado. De manera que, o se organiza la formación contando con estos problemas, o se solucionan antes de comenzar una formación que tiene muchas posibilidades de fracasar. Es muy importante tener en cuenta esta cuestión a la hora de organizar la formación para el empleo.

Una vez superados o compensados esos déficits, y habiendo trabajado también la motivación relacionada con la formación, el trabajo consiste en disponer de una buena cartera de recursos formativos disponibles en el entorno, con la información más completa posible sobre sus características, condiciones, plazos y exigencias. Eso sin despreciar la posibilidad de que la búsqueda de los recursos la realice la persona, con el adecuado asesoramiento, como parte de su proceso formativo.

## Formación para el empleo

Tal y como lo recoge SARTU, entidad especializada en atención y acompañamiento social y laboral:

“Las acciones formativas tienen capacidad para satisfacer diversos intereses: desde el aprendizaje técnico de diferentes oficios que incrementan su empleabilidad, (formación profesional ocupacional), hasta acciones que priorizan la mejora de competencias sociales y personales y trabajan habilidades prelaborales, (formación sociopersonal), o el aprendizaje de otras cuestiones transversales como son el conocimiento y aplicación de las tecnologías, la prevención de riesgos laborales, la sensibilización medioambiental, la información sociolaboral o la alfabetización técnica en oficios.”

Según Brunner el fenómeno de la empleabilidad abarca diferentes capacidades básicas necesarias para aprender y desempeñarse con eficacia en el lugar de trabajo, lo cual incluye la capacidad de comunicación y de relacionarse con el resto de los individuos, la capacidad de resolver problemas concretos, de manejar procesos de organización y de trabajar en equipo, entre otras (Brunner, 2001).

Según el departamento de formación para el empleo de la Junta de Andalucía, la Formación Profesional para el Empleo es un conjunto de acciones formativas dirigidas a empresas y a trabajadores, ocupados y desempleados, que responda a sus necesidades, favoreciendo el aprendizaje permanente en un mercado de trabajo basado en el conocimiento. Este nuevo subsistema integra tanto la Formación Profesional Ocupacional como la Formación Continua, contribuyendo a la mejora de la competitividad y de la productividad de las empresas, a la vez que mejora la empleabilidad de los trabajadores, especialmente de aquellos colectivos que tienen mayores dificultades.

La formación para el empleo participa de muchos de los aspectos citados en el apartado anterior. Ofrece la ventaja de estar muy orientada hacia la práctica o el perfeccionamiento de un oficio, y tiene el inconveniente de que el nivel de exigencia mínimo requerido para su realización puede ser superior al nivel de desempeño de algunas personas con problemas de adicciones de larga evolución. En esos casos habrá que comenzar por una formación más básica como la que SARTU denomina «sociopersonal» y la Fundación Atenea «prelaboral» (que a su vez son similares a las requeridas para poder desarrollar una formación reglada de cierta exigencia).

Con toda seguridad la formación para el empleo experimentará un incremento en los próximos años como medida frente de la crisis económica, el desempleo y el cambio de modelo productivo. Para adaptarse competitivamente a esas circunstancias es imprescindible formarse.

En la actualidad el catálogo de materias que constituyen los cursos de formación profesional/ocupacional es amplísima. Tanto es así que con frecuencia la clave del éxito está en una buena labor de adecuación entre oferta y demanda. Si alguien quiere comprobarlo basta con que consulte los cursos que se ofertan en su comunidad. Los hay desde la tradicional formación para ser soldador, hasta los de ecoturismo o sumiller con tantas horas como las que se requiere para especialista de un master y, probablemente, con más salidas laborales. Las entidades que ofrecen formación también son muy variadas: confederaciones de empresarios, sindicatos, agencias de empleo autonómicas (antiguo INEM) y, a través de convenios, también las ONG, ayuntamientos, diputaciones y fundaciones. Con toda seguridad, la formación para el empleo va a ser parte del itinerario personalizado de incorporación de muchas personas en la próxima década. Incluso puede formar parte como elemento de aprendizaje de búsqueda.

También es posible que surjan nuevas modalidades como ya ocurrió en el pasado: con becas o sin ellas, remuneradas o no, que combinen formación y práctica laboral, ligadas al mantenimiento de una prestación, etc. En ocasiones se dirigirán a población general, en otras a población en riesgo de exclusión y también a población específicamente drogodependiente (red de artesanos o becas en Extremadura). Es relativamente inútil realizar un catálogo exhaustivo que solo reflejaría la foto fija del momento actual. El catálogo de recursos formativos debe estar en constante revisión. Tampoco tiene mucho interés discutir aquí la idoneidad de unos recursos u otros ya que los mejores serán los que mejor se adapten a cada caso en cada momento.

## **Dimensión laboral**

Tal y como recoge la Fundación Atenea en su página web, el empleo tiene una dimensión social que supera ampliamente el aspecto puramente económico:

«El empleo es un factor crucial para la plena integración de todos y todas en la sociedad. La incorporación laboral de personas en situación de vulnerabilidad

constituye uno de los pasos fundamentales para lograr no solo la integración social sino también la mejora de la salud psicológica y física y el cambio de contexto y de la sociedad en su conjunto. El empleo en definitiva favorece no solo una autonomía económica sino un estatus y un rol en la sociedad, una autopercepción positiva, la ocupación del tiempo (la organización de la vida cotidiana) y la capacidad de relacionarse socialmente. Si la incorporación es un proceso continuo habrá que intentar incorporar objetivos de empleo en los procesos terapéuticos y de desarrollo de las personas en situación de vulnerabilidad».

Respecto a los límites de la incorporación social mediante el empleo habría que tener en cuenta algunos aspectos:

- La tasa de desempleo actual.
- No vale cualquier trabajo. El trabajo basura no ayuda eficazmente a la integración social.
- Tanto Sartu como la UNAD prefieren distinguir entre incorporación social e inserción laboral. No todas las personas tienen un problema de exclusión por no tener un empleo, ni todas las que están en situación de exclusión solucionan el problema con un empleo (hay problemas personales y estructurales como vivir en una zona deprimida). Hay que equilibrar el binomio trabajo/ciudadanía, sobre todo en relación con las políticas de rentas mínimas.
- La imposibilidad de un sector (minoritario) para integrarse a través de un empleo convencional tengan o no reconocida la incapacidad. Para personas con graves problemas de exclusión quizá haya que pensar en empleo protegido o talleres ocupacionales al estilo de los destinados a las personas con discapacidad.
- Un grupo de drogodependientes de larga evolución están desempeñando en la actualidad el papel de cuidadores, reconocidos o no, de sus padres mayores y/o enfermos. Muchos de ellos pertenecen a la generación de la epidemia de heroína y se han mantenido con programas de metadona hasta la fecha.
- En un grupo importante de mujeres en proceso de incorporación se suman el efecto negativo de un trabajo precario y mal remunerado con el mantenimiento de las labores del hogar que, siendo un trabajo, no está remunerado ni cotiza a la seguridad social.

Las intervenciones que propone la Fundación Atenea para la incorporación laboral se basan en una metodología individualizada, flexible e integral que describe de la siguiente manera:

“Tras la llegada de la persona al proyecto, se realiza una entrevista en la que se analiza cuál es su situación actual: características personales, necesidades, capacidades y expectativas. A partir de dicha evaluación, se realiza un diagnóstico de empleabilidad, es decir, un informe sobre la capacidad de la persona para acceder al mercado laboral, y a continuación, junto con un profesional de referencia, ambos diseñan el Itinerario Personalizado de Inserción, que consiste en un plan en el que se marcan los objetivos a lograr y los pasos a seguir. Para su puesta en marcha, se ponen a disposición de la persona tanto los recursos del propio centro (formación, intermediación, información sobre ofertas de trabajo, etc.) como los de la localidad correspondiente. El equipo profesional facilita la coordinación con las entidades del municipio que puedan resultar de utilidad al usuario”. (Fundación Atenea)

Es decir, por una parte mejoran la empleabilidad del usuario y por otra facilitan el acceso a los recursos que la sociedad pone a disposición del ciudadano, ya sean de carácter público o privado.

De entre las acciones que ofertan para alcanzar sus objetivos destacan las siguientes:

- Diseño de itinerarios personalizados de inserción de usuarios/as.
- Formación en habilidades laborales.
- Formación en habilidades sociales para la inserción laboral.
- Formación en informática básica e Internet.
- Aula activa para la búsqueda y el mantenimiento del empleo.
- Talleres de entrevistas de trabajo y espacios de participación.
- Información sobre ofertas de empleo y cursos de formación.
- Acciones de mantenimiento y mejora del empleo.
- Prospección e intermediación empresarial.
- Colaboración en la campaña de sensibilización del tejido empresarial de la fundación.
- Servicio de apoyo al empleo protegido, destinado a las personas con más dificultades de acceso al mercado laboral.
- Fomento de la red social.
- Derivaciones a recursos de la red comunitaria.
- Gestión de programas específicos de incorporación social para drogodependientes (programas Red de Artesanos y Arquímedes en Andalucía, becas en Extremadura).
- Gerencia asistida para proyectos autónomos y empresariales.

Desde la perspectiva de la inserción laboral todas estas acciones se po-

drían agrupar en formación para el empleo, orientación, intermediación y mantenimiento.

Un tema de capital importancia es el de garantizar, por una parte, la continuidad de la atención entre la red específica de asistencia a adictos y los recursos dedicados a la incorporación sociolaboral de drogodependientes y, por otra, la coordinación con los recursos normalizados relacionados con el empleo y con las propias empresas.

La continuidad de la atención es un concepto que va un poco más allá de los de coordinación y derivación convencionales. Con frecuencia el hecho de superar una adicción implica un proceso largo e intenso a lo largo del cual la persona tiene que asumir determinadas decisiones y cambios. Ese proceso es asistido y acompañado por un equipo terapéutico y por un profesional de referencia. Es posible que llegado un momento en la evolución del proceso la persona pase a depender (simultánea o alternativamente) de los servicios relacionados con la incorporación social y laboral, que también pueden disponer de un sistema de seguimiento muy estrecho. A veces ambos servicios dependerán de la misma entidad o estarán ubicados en el mismo espacio y otras no. De cualquier manera, el paso de uno a otro debería efectuarse como una transferencia del proceso evitando duplicidades y/o vacíos. En cambio, la derivación a recursos normalizados sí entraría dentro del concepto tradicional de coordinación y derivación.

## **Actividad ocupacional y voluntaria**

Conviene que nos detengamos a reflexionar sobre este epígrafe porque hay implicados una serie de conceptos que han dado lugar a muchos malos entendidos.

Como para realizar una actividad ocupacional hay que estar desocupado aunque sea parcialmente, comencemos por la distinción elemental entre paro y ocio. Generalmente el paro es forzoso e indeseado mientras que es deseable disponer de ocio, por lo que el significado que adquiere el tiempo desocupado en uno y otro caso es muy diferente así como el significado de las actividades que pueden emprenderse para ocuparlo. Pensemos por un momento en el caso de muchos drogodependientes cuyo proceso de rehabilitación les ha alejado no solo de las drogas sino también de su entorno. Siguiendo recomendaciones terapéuti-



cas pueden haber cortado con la red social vinculada a las drogas perdiendo el contacto con muchas personas con las que se relacionaban, sobre todo si la consecución de la dosis diaria implicaba una gran cantidad de actividades y de tiempo (trapicheo, pequeños viajes o portes, consumo compartido). Con ello no solo habrá perdido parte de su red social sino también el motor organizador de gran parte de su vida cotidiana. Si además está desempleado, el tiempo libre o desocupado puede convertirse en un problema. Puede convertirse en un tiempo muerto e improductivo con frecuencia lleno de reproches y sentimientos de culpa.

Poco tienen que ver las circunstancias de aquellos ciudadanos que disfrutaban de tiempo libre y quieren darle un contenido enriquecedor a su ocio, con las de los drogodependientes que se han quedado desocupados, desconectados.

Se habla poco de este aspecto en relación con las recaídas, se presta más atención a los síntomas psicofísicos del síndrome de abstinencia y a la regulación farmacológica, pero ese tiempo muerto lleno de reproches y culpas adquiere un valor muy negativo que se puede convertir en un importante factor de riesgo. Lo paradójico es que a veces puedan ser las mismas actividades ocupacionales las que ofrezcan beneficios a situaciones tan diferentes. Un taller de artesanía, pongamos por caso, puede servir a una persona para dar contenido a su tiempo libre aprendiendo una actividad creativa manual muy alejada de su trabajo diario; mientras que a otra le puede servir para recuperar hábitos, empezar a conocer a otras personas, integrarse en el barrio y escapar durante unas horas a ese tiempo que transcurre en el vacío. Como hemos dicho, si ese tiempo muerto puede convertirse en un poderoso factor de riesgo, las actividades ocupacionales pueden alcanzar un valor preventivo y/o terapéutico. Sergio Arranz en *Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción* (Arranz, 2010) presenta una propuesta muy interesante sobre intervención centrada en la mejora de la red social a partir de las actividades de ocio.

Por otra parte, tratando de ser coherentes con nuestro propio discurso sobre la incorporación social como un proceso continuo, multidimensional y positivo, debemos interpretar la actividad voluntaria ocupacional, formativa o creativa, como un modo de desarrollo personal y de mejora de la integración. Esto es válido para la persona que está en

proceso de incorporación y para la que simplemente está ocupando su ocio. Lo mismo ocurre con algunas actividades deportivas. Entre la gente que sale a andar por las tardes en pueblos y ciudades se dan cita personas que tienen prescrita la marcha como consecuencia de determinadas patologías, personas que realizan la actividad de forma preventiva, deportistas y personas que simplemente caminan con otras personas porque les gusta y les sienta bien. No hay incompatibilidad, solo sinergias positivas.

Otra cuestión importante es no confundir una actividad laboral, aunque no esté remunerada, no cotice a la seguridad social y no sea muy prestigiosa, con una actividad ocupacional. Nos referimos a las tareas domésticas y del cuidado de la familia que tan bien conocen las mujeres. La presión social para que este tipo de tareas las realicen las mujeres obra en contra de la incorporación social de hombres y mujeres. En el caso de mujeres drogodependientes en proceso incorporación social porque pueden sentir determinada presión para hacerse cargo de esas tareas además de otras (formativas y/o laborales) o en vez de ellas, independientemente de la situación laboral de la pareja. En cambio los hombres drogodependientes en proceso de incorporación quizá no reciban ninguna presión (ni siquiera de su orientador social) para hacerse cargo de esas tareas, cuando en muchos casos podría ser muy útil para su proceso de incorporación y para la familia.

Existe otra manera de realizar una actividad que ocupa parte de nuestro tiempo de forma voluntaria y con un contenido social, no solo individual. Nos referimos al llamado voluntariado. Hay muchas iniciativas y proyectos solidarios con los que podemos colaborar a través de los servicios sociales o el movimiento asociativo de nuestro entorno. Además de su valor intrínseco, la participación en actividades voluntarias puede proporcionar otras ventajas como nuevos contactos, autoestima, visibilidad social desde una posición positiva, etc. Prestar un servicio a la comunidad de manera gratuita y voluntaria puede convertirse en un motivo de satisfacción personal importante y en una fuente de prestigio, a la vez que permite desarrollar algunas de las habilidades o potencialidades de la persona. Afortunadamente el prestigio y el estatus no están relacionados exclusivamente con el dinero sino con la valoración social. Las personas que se ocupan voluntariamente del comedor y del ropero comunitario del barrio seguramente disfrutan del respeto de sus vecinos. Hablamos pues de autoestima y de valoración social por parte de la comunidad como elemento importante para una integración social satisfactoria.

La acción voluntaria como instrumento terapéutico y como método de integración social es una alternativa que se ha usado bastante poco desde los servicios públicos profesionales en nuestro país, mientras que ha sido la opción principal de algunas iniciativas privadas, sobre todo confesionales, relacionadas con las drogodependencias. En algunos casos han llegado a constituir parte importante del modelo de rehabilitación e incorporación social de adictos en entidades como Betel, Reto o Remar.

Históricamente, en nuestro país, el modelo de rehabilitación de adictos que representan esas entidades, que podemos encuadrar bajo la denominación común de evangelistas, es anterior al modelo de servicio público que se creó a raíz del plan nacional de 1985. De hecho eran las únicas alternativas para toxicómanos antes de la década de 1980, aunque los alcohólicos sí eran atendidos en determinados dispensarios, en salud mental, en algunas unidades hospitalarias y través de ciertos médicos de cabecera.

El modelo terapéutico de los grupos evangelistas se caracteriza por realizarse en régimen de comunidad, por su fuerte impregnación de valores religiosos inspirados en el movimiento evangélico pentecostal, que concede un valor central a la salvación espiritual como parte o fundamento de la terapia, y por la realización de una actividad productiva no remunerada individualmente como metodología terapéutica. Se basa en dos principios fundamentales:

1º) Devolver a la sociedad aquello que se ha despilfarrado. Los recursos que genera el trabajo realizado por las personas que realizan el programa se destinan al mantenimiento de la entidad (que presta sus servicios de forma gratuita y prácticamente no recibe subvenciones públicas) y a la ayuda a terceros países a través de su trabajo de cooperación internacional.

2º) El trabajo tiene una función terapéutica y socializadora que permite adquirir responsabilidades, hábitos y autoestima a la vez que normaliza la vida y la relación con la sociedad.

En el caso de estas entidades el trabajo que realizan es productivo y lucrativo (restauración de muebles y de coches, mercadillos, rastros, trabajos de construcción, importación y venta de muebles desde sus sedes en otros países, etc.), lo que les permite continuar su labor

social y evangelizadora en lugares con menos recursos. Cabría pensar también en una labor voluntaria, de servicio a la comunidad por ejemplo, que no estuviese mediada necesariamente por el dinero, sin modificar la filosofía de fondo. Lo decimos por centrar la atención sobre el papel que pueden desempeñar el trabajo y la acción voluntaria en el proceso de incorporación social y laboral.

Es verdad que ha habido algunos aspectos históricos difíciles de asumir desde una perspectiva profesional, por ejemplo la pseudoprofesionalización de antiguos adictos como terapeutas o monitores. Una cosa es el apoyo y la ayuda mutua y otra sustituir a los profesionales. También han sido objeto de críticas el rechazo que a veces han manifestado por los avances científicos, particularmente en relación con los tratamientos farmacológicos, el papel que juega el aspecto religioso en la terapia (salvación espiritual) y, en determinados casos, el severo régimen de vida que se ha practicado en algunos centros.

Pero hay otros aspectos que tienen que ver con cómo se interpreta culturalmente la responsabilidad individual frente a la sociedad, la reparación del mal causado o la función social del trabajo como parte del proceso de recuperación y de devolución a la sociedad. El movimiento evangélico pentecostal representa una variante de la cultura protestante<sup>31</sup> que difiere en algunos aspectos de la cultura católica tradicional mayoritaria en España.

Merece la pena dedicarle un poco de atención a las cifras de este movimiento capaz no solo de autofinanciarse, sino de producir un excedente para la ayuda a terceros. Estas cifras han sido recogidas por Domingo Comas en su libro *Un lugar para otra vida. Los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal de España* (Comas, 2010).

Según sus cálculos en España puede haber en funcionamiento unos 270 centros residenciales pentecostales, con una capacidad de 3.500 plazas. Lo que significa un total de 7.000 residentes por año. Comparadas esas cifras con la totalidad de comunidades terapéuticas (CT) públicas y concertadas resulta que son muy semejantes en cuanto al número de admisiones, que en su caso es de 7.100, correspondientes

<sup>31</sup> D. Comas calcula que en España puede haber entre 1.600.000 y 2.000.000 de protestantes y que se ha convertido en la segunda confesión religiosa del país.

a 119 centros con 3.200 plazas y 1.300 profesionales. En cuanto al volumen de ingresos, en el caso de los evangelistas asciende a unos 70 millones de euros. Si se les resta la cantidad que invierten en cooperación se quedan en unos 50 o 60 millones, cifra muy aproximada a la que consumen las CT públicas y concertadas conjuntamente.

Cabe imaginar un futuro con mucha más participación activa de los ciudadanos en necesidades sociales y culturales mediante el voluntariado. Un futuro en el cual todos los ciudadanos, incluidos los que disfrutan de una pensión o subsidio y aquellos que están desempleados, consideren valioso o prestigioso realizar algún tipo de actividad voluntaria de servicio a la comunidad. En ese caso sería más fácil que el trabajo voluntario formara parte del proceso de incorporación social de personas en situación de vulnerabilidad. Sin duda los servicios sociales y las ONG tendrían que adaptarse para encauzar ese capital, para facilitar las opciones más solidarias.

## Problemas judiciales

Existen una serie de factores que ligan las drogodependencias con la comisión de delitos penados por la ley, empezando por el hecho de que muchas de las sustancias a las que son adictos son ilegales. Eso condiciona poderosamente el precio de esas sustancias lo que induce en algunos casos a participar en un mercado ilegal, aunque sea a pequeña escala, para sufragar los gastos del propio consumo. Tampoco se puede despreciar el efecto que determinadas sustancias tienen sobre el control de la propia conducta, pero en ese caso ya no hablamos solo de las ilegales ya que el alcohol, solo o mezclado con otras sustancias, está involucrado en muchas situaciones de violencia, conducción inadecuada y accidentes.

Entre el 70% y el 80% de los reclusos de nuestro país están relacionados con delitos vinculados a las drogodependencias según la Fundación Atenea. A esta población reclusa hay que añadir otro porcentaje de personas sobre las que pesan sanciones administrativas o judiciales sin que hayan llegado a ingresar en prisión. Diariamente personas con sanciones administrativas por consumo en la vía pública, en libertad provisional o en tercer grado, acuden a los centros de tratamiento y de incorporación social. Solicitan tratamiento, incorporación sociolaboral y seguimiento como parte de las condiciones impuestas

por la autoridad judicial o administrativa. Por ello es muy importante incluir la información y el asesoramiento jurídico dentro del proceso de incorporación sociolaboral.

Analizando el libro de la Red Araña *Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción*, que da cuenta tanto de las dificultades a las que se enfrenta ese colectivo como de los recursos que existen al respecto, llegamos a la conclusión de que en el fondo se trata de algo parecido a lo ya analizado, solo que agravado por el hecho de encontrarse en prisión. Digamos que en los adictos presos se suman las dificultades derivadas de la drogodependencia con las relativas a estar privado de libertad.

“En este colectivo, el proceso de inserción laboral tiene su base trascendental en el control del consumo de drogas, el desarrollo de acciones enfocadas a mejorar su formación y potenciar su motivación, el apoyo durante la búsqueda de empleo por parte de programas de inserción creados a tal fin y el refuerzo de las habilidades sociales y laborales” (Díaz, R. y Gonzalez, C., 2009).

En el estudio se resumen algunas de las dificultades y barreras a las que se enfrenta el colectivo:

### **Dificultades**

- Baja formación y cualificación y escasa experiencia laboral.
- Inhibición de habilidades sociales. El problema se acentúa cuanto mayor es la estancia en prisión provocando baja autoestima, miedo, inseguridad, falta de motivación... todo lo contrario de lo que hace falta para buscar trabajo.
- Problemas derivados de la salud física y psicológica. Las enfermedades crónicas alcanzan el 43% y las minusvalías más del 18%. Hay que contar, además, con la limitación para desempeñar determinados trabajos por trastornos psiquiátricos de difícil manejo, así como el aspecto físico.

### **Barreras**

- Ambientes deprimidos.
- Estigmatización.
- Dificultades asociadas al cumplimiento del tratamiento y del régimen penitenciario judicial.
- Restricciones para determinados trabajos.

En cuanto a cómo se organizan las actividades de inserción, siguen una lógica parecida a la ya mencionada: tratamiento, actividades formativas y laborales, orientación laboral, intermediación, mantenimiento. Con algunas singularidades específicas de los recursos formativos propios de la prisión (talleres productivos, formación reglada). De modo que si bien se repiten los mismos problemas, aquí se acentúan y multiplican muchos de ellos como la baja autoestima, la inseguridad, la estigmatización, la tendencia al aislamiento, la desconfianza, la carencia de habilidades sociales, la falta de motivación o la baja tolerancia a la frustración.

Rubén Díez García, en su ponencia sobre *Mecanismos de inserción laboral de reclusos drogodependientes* resume las siguientes conclusiones:

“En primer lugar, es de destacar el potencial de los siguientes elementos de cara a incrementar las habilidades sociales y la motivación del colectivo: por un lado, los programas de inserción sociolaboral que se desarrollan fuera de prisión; por otro lado, la realización de actividades formativas y laborales en prisión, cursos y/o talleres y trabajo productivo.

En segundo lugar, destacan las puntuaciones relativamente altas en habilidades sociales de aquellos internos con mayor nivel educativo tras su paso por prisión. Sin embargo, muestran una motivación menor que aquellos que llegando al final de la condena no tiene estudios. Estas personas sin estudios presentan un bajo nivel de habilidades sociales.

En tercer lugar, destaca la alta motivación que presentan las mujeres, que es comparativamente mayor que la de los hombres. Su nivel global de habilidades sociales está levemente por debajo, pero mantiene unos estándares similares y cercanos a la media para todo el colectivo.

Por último, si bien es importante potenciar los recursos destinados a incrementar las habilidades sociales y la motivación del colectivo a nivel global, se debería prestar especial atención a:

- Los extranjeros que forman parte del colectivo.
- Aquellos con minusvalías reconocidas.
- Los internos que reciben tratamiento por sustancias que no son las tradicionales, ya que presentan un bajo nivel de motivación si se compara con los que reciben tratamiento por heroína o cocaína.
- Los internos que no realizan actividades formativas y laborales o que no están adscritos a programas externos de inserción sociolaboral facilitando su realización” (Díez García, R., 2009).

Cada vez son más numerosas las personas que se acercan a los centros de tratamiento y de incorporación condicionadas por un proceso judicial o administrativo. Aunque lo ideal no es comenzar un proceso presionados por las circunstancias, la verdad es que también brindan una oportunidad de recuperación que muchos saben aprovechar. La cuestión más delicada para el servicio en este punto es saber mantenerse en la función de ayuda asistencial e integradora sin dejarse atrapar por el paradigma del control y la vigilancia.

## La salud física

Es otro de los aspectos que pueden influir desfavorablemente en la incorporación social y laboral de drogodependientes. Tras años de adicción es frecuente que las personas padezcan diversos problemas de salud. Hay enfermedades crónicas relacionadas con determinadas toxicomanías como hepatitis C, VIH o tuberculosis, que pueden limitar las posibilidades de inserción laboral. Es muy importante que la persona mantenga un seguimiento y un control de la enfermedad. Este objetivo se suele cubrir paralelamente al tratamiento de la drogodependencia. Las personas que se encuentran incluidas en cualquier programa de tratamiento de adicciones tienen asegurado, mediante protocolos específicos, el tratamiento de otras enfermedades asociadas.

Por otra parte, es importante que las personas en proceso de incorporación mantengan seguimiento en su centro de referencia para el control de los tratamientos y la prevención de recaídas, salvo que estén dados de alta sin necesidad de revisión.

A veces, las huellas visibles de alguna de las enfermedades contraídas, forman parte del estigma del drogodependiente dificultando aun más su incorporación sociolaboral.

En cualquier caso, el objetivo no es solo el tratamiento y/o control de determinadas enfermedades, sino también desarrollar una forma de vida saludable mediante la adquisición y mantenimiento de hábitos alimentarios, higiénicos y deportivos.



## Un comentario sobre los recursos

Haciendo un repaso de los recursos empleados en la incorporación social y laboral de diversos colectivos nos encontramos con una gran diversidad: centros de incorporación y/o de rehabilitación, talleres, becas para el aprendizaje de un oficio, cursos de formación, fórmulas diversas de empleo protegido, recursos ocupacionales, etc. Parece llegado el momento de hacer una revisión transversal de todos ellos manteniendo la mirada sobre el conjunto de la población con diversos grados de vulnerabilidad y/o de riesgo de exclusión.

Hay medidas que se aplican a la discapacidad de las que podría beneficiarse un sector de drogodependientes y alcohólicos con cierto grado de deterioro. A su vez, medidas como la Red de artesanos o el Proyecto Arquímedes podrían beneficiar a personas no drogodependientes que desean mejorar su capacidad de incorporación al mercado laboral. Recursos como las comunidades terapéuticas (CT) para adictos han demostrado su adecuación para tratar a personas con problemas de salud mental (patología dual) y podrían ser útiles para otras. Las CT tienen un componente psicoterapéutico pero también otro de carácter socioeducativo, normalizador y resocializador, que podría beneficiar a muchas personas cuya dimensión social se ha deteriorado mucho como ocurre con las personas sin hogar, algunas víctimas de violencia, o personas con discapacidad que ha sucumbido al aislamiento o a la dificultad para relacionarse normalmente en nuestro modelo de sociedad.

### 5.3 LA DIMENSIÓN DE LA RED SOCIAL Y FAMILIAR

Para describir la importancia del entorno inmediato y de la red social personal en la incorporación social de personas adictas vamos a recurrir al modelo de red social que ha desarrollado el profesor Sluzki por ser, en nuestra opinión, el más claro y completo, y el que mejor se adapta a nuestros propósitos.

Por ello, a lo largo de este apartado vamos a reproducir, en ocasiones *verbatim* y en ocasiones glosados, los conceptos y clasificaciones

relativos a la red social personal recogidos por el profesor Carlos E. Sluzki en su obra *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica*. (Sluzki 1996). Nuestra contribución se limitará a aplicar esos conceptos a la situación particular de las personas que padecen una adicción y a poner de manifiesto su importancia en relación con la incorporación social de drogodependientes.

Vamos a centrarnos en un nivel intermedio entre lo puramente individual y lo social que podemos denominar como el entorno inmediato o, en palabras de Sluzki, la red social personal. La red social personal o red social significativa, estaría constituida por *la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad*. En cierto modo es un concepto que viene a sustituir, ampliándolo, al de la familia en el enfoque sistémico tradicional. La realidad nos demuestra todos los días que hay personas que tienen una enorme importancia en nuestras vidas sin formar parte de la familia, así como hay miembros de nuestras familias a quienes nos unen vínculos muy débiles. Pensando en las personas que son significativas en nuestra vida el concepto de familia se queda corto o se amplía —“es como de la familia”, decimos—, según se mire. Por otra parte el modelo de familia tal y como lo conocemos actualmente tiene unos pocos siglos y no sabemos cuanto tiempo permanecerá en el futuro. De hecho está cambiando. La realidad es que vivimos inmersos en redes múltiples, complejas y en evolución, de las que extraemos la familia como objeto de estudio como podríamos recortar este otro concepto de red social. Lo importante es que, sin negar cierto grado de arbitrariedad en la elección, el concepto muestre su utilidad a los efectos que nos interesa.

La importancia de la red social para el individuo viene dada por la premisa de la que parte el profesor Sluzki: nuestra red social forma parte intrínseca de nuestra identidad, porque nuestra identidad se construye y reconstruye constantemente en contacto con los otros. En el fondo es la misma que enunció Karl Marx cuando afirmó que “el hombre está constituido por sus relaciones”. No es solo que los otros nos influyan, es que nos conforman, no solamente “soy yo y mis circunstancias”, es que esas circunstancias que son los otros también son yo mismo.

Se comparta o no la opinión de Sluzki —nosotros la compartimos—, de lo que no cabe ninguna duda es de la enorme influencia de la red social personal en las vidas de las personas y, concretamente, en las

dimensiones que estamos estudiando de integración social y salud.

“Este nivel intermedio de la estructura social resulta crítico para una comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de promoción del bienestar, de desarrollo de la identidad y de la consolidación de los potenciales de cambio, y, complementariamente, también los procesos de desintegración psicosociales, de malestar, de enfermedad, de trastornos de identidad y de perturbación de los procesos de adaptación constructiva al cambio” (Sluzki, 1996).

Existe una amplia evidencia científica de que una red social personal rica, accesible, estable, sensible y confiable influye positivamente en diversos aspectos relacionados con la salud: protege de enfermedades, facilita la detección y derivación eficaz, facilita la recuperación, aumenta la esperanza de vida, reduce el estrés. Es decir, es salutogénica. En algunos estudios se incluye la red social como elemento de protección junto a conductas tales como no fumar, hacer ejercicio, controlar la tensión arterial, no beber en exceso o realizar una dieta adecuada. También existe evidencia de que una enfermedad de curso prolongado como el Alzheimer, la esquizofrenia o el cáncer, deteriora la calidad de la interacción social y, a la larga, reduce el tamaño y la accesibilidad de la red social. En la medida en que algunas adicciones entran dentro de esta categoría producen el mismo efecto. La práctica clínica nos muestra todos los días casos de drogodependencia en los que algunos miembros de la familia (generalmente la madre y/o el cónyuge) están sobrecargados, mientras que el resto de la red ha ido disminuyendo hasta casi desaparecer.

La presencia de una enfermedad crónica como la drogodependencia afectará negativamente a la red personal, lo que a la vez tendrá un impacto negativo sobre la salud del individuo o del grupo íntimo, factor que, a su vez, aumentará la retracción de la red y así sucesivamente. Afortunadamente junto a este círculo vicioso también existe el «círculo virtuoso» inverso. La evolución hacia la salud aumenta y mejora la red social que a su vez influye positivamente sobre el individuo.

¿Cuáles son los mecanismos mediante los cuales se asocia la práctica de la red social y la salud? No es un campo tan bien estudiado como el de, por ejemplo, la asociación entre fumar y padecer bronquitis crónica, pero si se pueden mencionar algunos procesos relevantes:

1º) Por una parte, la asociación entre estrés y enfermedad es bien conocida sobre todo a través de su impacto negativo sobre los sistemas endocrino, circulatorio e inmunológico; sobre la salud mental y por su efecto sobre conductas de riesgo nocivas (fumar, beber o comer en exceso) o de falta de autocuidado<sup>32</sup>. Por otra parte la reacción de alarma, el estrés, se mitiga en presencia de figuras familiares como demostró Bowlby<sup>33</sup> y posteriormente muchos otros autores que han realizado experimentos que corroboran y enriquecen la teoría trabajando, no solo con hijos y madres, sino también con otras figuras familiares.

2º) Las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida de las personas, impulsan a seguir cuidándose y, en último extremo, a vivir. Esto se relaciona con multitud de circunstancias como facilitar el duelo, sobreponerse a las pérdidas, estar protegido ante la depresión o ante la pérdida de sentido, o cuidar la salud. Aquí hay que establecer una conexión con las teorías de Cyrulnik y Antonovsky.

3º) La red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud y activa la consulta a expertos.

4º) La red puede favorecer muchas actividades personales saludables como hacer ejercicio. Pero también hay que advertir sobre la importancia de la red en sentido contrario: lo que se suele denominar «malas compañías». En el caso de las drogodependencias la red social tejida en torno a la obtención y consumo de drogas no hace más que reforzar esa conducta.

A continuación intentaremos establecer un paralelismo entre el curso de algunas adicciones y el concepto de enfermedad crónica, para poder adaptar lo que el profesor Sluzki describe como *influencia de la enfermedad sobre la red social*.

<sup>32</sup> En su artículo Estrés y enfermedad, Agustín Moreno resume cinco formas en las que el estrés puede afectar a la salud: influyendo en el curso de la enfermedad (por ejemplo disminuyendo la capacidad defensiva del sistema inmunológico), interfiriendo en el tratamiento (por ejemplo mediante mecanismos de afrontamiento inadecuados), como factor de riesgo adicional (por ejemplo, el patrón de conducta tipo A en relación con las enfermedades cardiovasculares), influyendo sobre conductas como fumar o beber alcohol en exceso y generando respuestas fisiológicas que pueden relacionarse con el problema (por ejemplo, contracturas tensionales). (Moreno, A., 2007).

<sup>33</sup> La tesis fundamental de la Teoría del Apoyo es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

a) *Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo.*

Se trata de una experiencia bien conocida por las personas que han padecido cáncer y que suelen describir cómo conocidos y amigos literalmente aumentan la distancia física cuando conocen el diagnóstico. Puede haber un elemento atávico de miedo al contagio en este comportamiento, o un rechazo a enfrentar la realidad de la enfermedad y la posibilidad de la muerte, experiencias que nuestra cultura prefiere ignorar.... Muchos drogodependientes han experimentado ese rechazo o vacío por parte de su entorno, particularmente cuando están en fase de rehabilitación y la drogodependencia ha dejado huellas visibles en su cuerpo. La situación es aún peor para aquellos drogodependientes que acaban de salir de prisión. Se trata de un fenómeno complejo porque en ocasiones el sujeto desarrolla una percepción excesivamente suspicaz o paranoide, en otras es objeto real de rechazo y, en otras ocasiones, lo que se produce es un encadenamiento de malos entendidos entre la intención de quien mira y la percepción de quien es observado.

b) *La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de contactos sociales y lo aísla.*

Sobre todo si el desarrollo de su enfermedad lo aleja del trabajo o del estudio, de las actividades recreativas, de culto o cualquier otro contexto donde se producen contactos sociales.

c) *La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y, como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red.*

En el caso de las adicciones esa falta de iniciativa puede no deberse tanto a una debilidad, como a una modificación progresiva de su interés por relacionarse exclusivamente con las personas vinculadas de un modo u otro con su adicción. En cualquier caso el efecto es el mismo, su falta de activación acaba desvitalizando el intercambio personal.

d) *La presencia de enfermedad reduce su capacidad de generar comportamientos de reciprocidad.*

La persona enferma tiene menos posibilidades de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que los cuidan. A veces, los padres de adictos y drogodependientes se convierten en cuidadores tan sobresaturados que se conformarían no ya con cierta reciprocidad, sino con que su hijo/a dejara de explotarlos y chantajearlos.

e) *El cuidado de personas con enfermedades crónicas resulta poco gratificante.*

Suele ser percibido como poco efectivo, ya que a

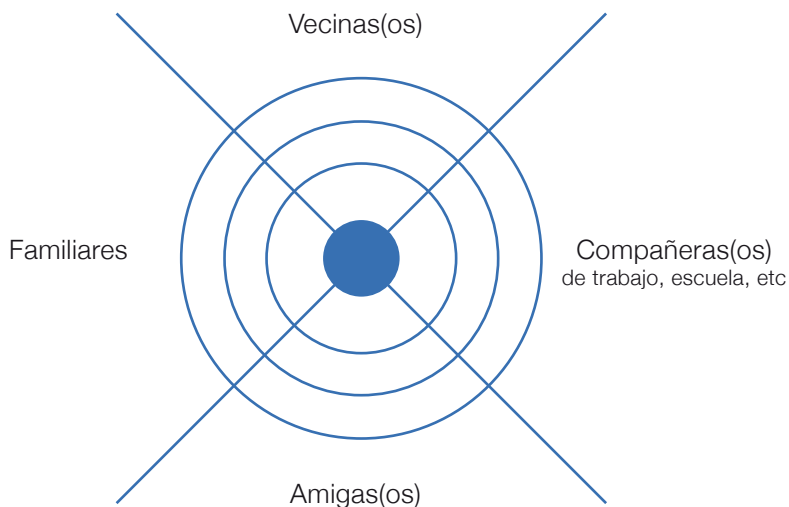
pesar del esfuerzo el paciente no mejora y en ocasiones empeora. Tiende a agotar a los miembros de la red social y no es infrecuente que los cuidadores enfermen. En el caso de las drogodependencias la situación es aun peor para los cuidadores. En primer lugar, no se trata de una enfermedad biológica en la que la voluntad del paciente no juegue ningún papel. En segundo lugar, con frecuencia el consejo profesional no refuerza el comportamiento de ofrecer cuidados; por el contrario, lo que recomienda es que cesen si el resultado es facilitar, aunque sea indirectamente, el mantenimiento de la conducta drogado-dependiente, llegándose a la contradictoria y dolorosa situación para el familiar de ofrecer determinada ayuda en contra de la prescripción facultativa. Con frecuencia el desaliento durante el cuidado de enfermos crónicos alcanza también a los profesionales sociales y de la salud que trabajan con ellos.

Finalmente la presencia de una enfermedad o discapacidad crónica no solo erosiona la red social natural sino que tiende a generar nuevas redes, como las que corresponden a los servicios sociales y de salud. En el caso de las drogodependencias, las redes específicas de tratamiento, rehabilitación e incorporación social. Estas redes no juegan un papel exclusivamente instrumental, pueden constituir verdaderos sistemas de apoyo emocional y de referencia.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA RED SOCIAL PERSONAL**

Siguiendo la idea de Gregory Bateson de que la frontera del individuo no es su propia piel sino que comprende todo aquello con lo que interactúa, podemos añadir que la frontera del sistema significativo del individuo va más allá de la familia incluyendo además a los amigos, las relaciones de trabajo o estudio y las relaciones comunitarias, de servicio, credo o afiliación.

Para su representación gráfica podemos considerar estos cuatro ámbitos (familia, amigos, trabajo y comunidad) como los cuadrantes en los que podemos dividir la red que se inscriben a su vez en tres círculos concéntricos en torno al sujeto que definen el grado de intimidad o proximidad de las relaciones. Estas relaciones van desde las más íntimas, situadas muy cerca del núcleo del individuo, a las más lejanas y esporádicas situadas en el círculo exterior.



Pero ¿cómo trazar la frontera entre la red personal microsocial y la red social y cultural más extensa de la que formamos parte? Sluzki propone un sencillo método basado en un interrogatorio sobre cuales son las personas significativas para nosotros o que podemos distinguir del común de la sociedad: ¿Quiénes son las personas importantes en tu vida? ¿A quién has visto en la última semana? Cuando necesitas un paño de lágrimas ¿a quién llamas?, ¿y cuando solo necesitas compañía?, ¿y cuando necesitas una ayuda práctica? Preguntas de estas características tienen la virtud de que todo el mundo las entiende haciendo visible un mapa de relaciones del que no siempre somos conscientes. Aún es de más interés para aquellas personas que, deseando mejorar su incorporación sociolaboral, tienen dificultad para representarse y describir su propio entramado relacional. Además este mapa no es puramente descriptivo del número y distribución de nuestras relaciones sino que informa de otras características cualitativas de nuestra red social, haciendo evidentes algunos de sus déficits y posibilidades de mejora, como veremos a continuación. El simple hecho de trazarlo ya es interesante. Puede descubrirnos que tenemos demasiadas personas en un área y pocas en otra, o muchos conocidos pero pocos íntimos. Es útil para cualquiera porque todos podemos mejorar nuestra red social.

## CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES

**Tamaño.** Es decir el número de personas que componen la red. Parece que las redes de tamaño mediano son más eficaces que las pequeñas, que tienden a sobrecargarse en casos de tensión o dificultades prolongadas (enfermedad crónica, por ejemplo), y que las muy extensas en las que se corre el riesgo de la inacción por la creencia de que siempre habrá alguien que se ocupe del problema. Hay circunstancias que afectan negativamente al tamaño de la red como son las migraciones, la edad, la estancia en prisión o una enfermedad crónica. Es verdad que algunas adicciones pueden inducir a mantener contacto con un cierto número de personas que participan de la misma adicción. Existen algunas diferencias si se trata de drogas legales como el alcohol, o proscritas como la heroína, que inducen a relacionarse al margen de la ley. Las legales permiten afinidades menos radicales: los amigos que terminan tomándose la última copa juntos en la barra cuando los demás se han marchado, o los que abandonan precipitadamente el restaurante para salir a fumar juntos. Las ilegales plantean otras complicidades y otras complicaciones. Si el núcleo central del vínculo gira en torno al consumo las relaciones suelen ser unidimensionales y periféricas (círculo exterior), además de reforzar la adicción.

**Densidad.** Hace referencia a la conexión entre los miembros de la red independientemente del individuo: amigos míos que lo son a su vez entre ellos, o parientes que son íntimos entre sí. También en este caso parece que una red de densidad media es la más eficaz, con suficiente contacto entre sus miembros como para permitir el cotejamiento (“lo encuentro un poco raro últimamente”), pero no tan densa como para ejercer un control social excesivo como ocurre en algunas familias extensas, en algunos pueblos pequeños o en algunos clubs privados. Un control que si no es respetado puede significar la crítica y hasta la expulsión de la red. Un nivel de densidad muy bajo es poco eficaz en gran parte por la dificultad del cotejamiento. No hay que perder de vista la presencia de subsistemas coherentes conjuntos (*clusters*) que poseen una enorme capacidad de poder e influencia, o las sectas (o funcionamiento sectario) que, aunque no obliguen a sus miembros a taparse la cabeza con una capucha o a realizar pactos de sangre, siguen existiendo. Las redes de drogodependientes de larga trayectoria suele ser escasa y saturada, por lo que el intercambio se produce entre las mismas personas (generalmente familiares directos) y por los mismos motivos. El cotejamiento se produce con demasiada frecuen-



cia para confirmar malas noticias de la persona drogodependiente o sobre las consecuencias de su conducta en la familia. La información que pueden compartir amigos remotos de la infancia con frecuencia desalienta las tentativas de provocar un encuentro.

Relacionando las variables de tamaño y densidad tenemos varias posibilidades:

- Redes de baja densidad y baja extensión corresponden a situaciones de aislamiento y exclusión.
- Redes de alta densidad y baja extensión suelen corresponderse con situaciones de clausura caracterizadas por elevado control social y sobreimplicación afectiva.
- Redes de baja densidad y alta extensión se relacionan con situaciones de anonimato con escaso control y situaciones de autonomía e independencia.
- Redes de alta densidad y gran extensión se corresponden con situaciones de integración y arropamiento social.

**Composición o distribución.** Hace referencia a la proporción del total de miembros de la red localizada en cada cuadrante y en cada círculo. Las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia. También hay que tener en cuenta el caso de redes amplias pero homogéneas, de nuevo las sectas, que muestran mucha inercia y poca reactividad. Las redes que se tejen en torno a determinadas toxicomanías participan de los dos aspectos negativos señalados. Con frecuencia la persona dispone de uno o dos familiares muy íntimos situados en el círculo interior muy cerca del núcleo (madre/padre o cónyuge codependientes) cuya relación con ellos es de extrema dependencia. Por otra parte el grupo de los colegas de consumo se sitúa también en un solo cuadrante y en la zona periférica. No son una secta pero se refuerzan mutuamente para mantener un cierto estilo de vida al margen de las normas sociales. Si la persona está involucrada en actividades ilegales (tráfico aunque sea a pequeña escala) y pertenece a una red que opera al margen de la ley, esta puede ejercer una enorme presión sobre su vida (*cluster*). Dependiendo del grado de implicación y del volumen de negocio habría que decidir en qué cuadrante colocar a los miembros de la red: en el de conocidos y amigos o en el de trabajo, aunque sea de carácter ilegal.

Padecer una adicción condiciona poderosamente la vida social de las personas, pero ser dependiente de una sustancia ilegal introduce un tipo de condicionamiento en sus redes sociales que no depende tanto de compartir una adicción como del carácter ilegal de la sustancia. Ser toxicómano implica hasta cierto punto vivir en el límite o al margen de la ley.

**Dispersión.** Se puede definir como dispersión geográfica o más exactamente como accesibilidad. Tiene una gran influencia sobre la sensibilidad de la red para percibir cambios en el individuo y la velocidad de respuesta en situaciones de crisis.

**Homogeneidad o heterogeneidad** demográfica y sociocultural, es decir, según edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico. Tiene ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización. Los casos de drogodependencia graves de larga duración tienden a una homogeneidad empobrecedora. La recuperación suele cursar con una mayor variedad en las relaciones de la persona, en ocasiones comenzando por los profesionales de la red secundaria u otras personas en proceso de rehabilitación que pueden convertirse en los primeros referentes de la nueva etapa.

**Atributos de vínculos específicos.** Hay que incluir en esta categoría aspectos tales como el compromiso en la relación, la durabilidad, la historia en común... Es frecuente que durante el proceso de incorporación sociolaboral se recuperen antiguas amistades que tuvieron gran significado en el pasado y que se califican como «una buena influencia».

La mala evolución de algunos toxicómanos y alcohólicos puede llevarles a la situación de extrema desconexión y falta de reactividad que caracteriza a las personas sin hogar. En sentido opuesto, el proceso de incorporación social implica un progresivo enriquecimiento de la red social de la persona en todas las dimensiones descritas.

Para los profesionales es importante tener presente el mapa de red de la persona en proceso de incorporación (hacerlo explícito con la propia persona) para impulsar ese proceso de enriquecimiento prestando atención tanto a las fortalezas como a las debilidades de su red.

## FUNCIONES DE LA RED

Hacen referencia al tipo de intercambio preferente entre los miembros de la red. Sluzki clasifica estas funciones en seis: compañía, apoyo emocional, guía cognitiva, regulación social, ayuda material y acceso a nuevos contactos. También es importante evaluar las funciones que cumplen los intercambios de la red social de la persona. Conocer sus fortalezas y debilidades ayuda a orientar el trabajo reparador y de incorporación.

**Compañía social.** Consiste en la realización de actividades conjuntas o simplemente en estar juntos o compartir una rutina cotidiana. Muchas de las relaciones que se establecen en torno al consumo o al comportamiento adictivo se pueden calificar dentro de este epígrafe. Hay relaciones que se basan fundamentalmente en esta función, pero no por ello hay que subestimar su importancia. Hay parejas mayores que no compartiendo más que la compañía pueden experimentar una pérdida muy grande, un duelo muy intenso, con la muerte del compañero. En lo que se refiere a la adicción hay diferencias muy notables entre quienes comparten su dependencia con otros, y quienes la cultivan en la más estricta soledad. Los solitarios suelen tener determinados rasgos de personalidad que conviene tener muy en cuenta tanto en el proceso de tratamiento como en de incorporación social.

**Apoyo emocional.** Implica una actitud emocional positiva, un clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro. Es la clase de relación característica de los amigos íntimos y los familiares cercanos con bajo nivel de ambivalencia. Muchos drogodependientes declaran poseer alguna relación de estas características, siendo muy importante en sus vidas. Lo que no queda tan claro es el nivel de reciprocidad y hasta que punto no se trata de una relación de codependencia. Algunos cónyuges de personas drogodependientes declaran sentirse celosos de la droga.

**Guía cognitiva y consejos.** Se trata de interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol. Para que este tipo de interacción sea útil tiene que ser recíproca o al menos estar abierta a serlo. La receptividad respecto a este tipo de interacción varía considerablemente dependiendo de si se está o no en fase de rehabilitación e incorporación social.

Como decía Lord Chesterfield a su hijo en una carta, “no siempre es bien recibido un consejo no solicitado y quien más lo necesita es quien más lo rechaza”. A pesar de lo cual él siguió aleccionando y aconsejando a su hijo de manera epistolar... con escasos resultados como era de esperar. (Lord Chesterfield, Cartas a su hijo, Acantilado, 2006).

**Regulación o control social.** Su objetivo es recordar o reafirmar responsabilidades, neutralizar desviaciones del comportamiento que se aparten de las expectativas colectivas y favorezcan la solución de conflictos. Muchos ritos y rituales sociales actúan como recordatorio de esas restricciones sociales. Son precisamente el tipo de actos que muchos drogodependientes eluden para evitar ser objeto de dicho control. Cuando no pueden eludirlo porque el acto les incumbe demasiado personalmente como el funeral por la muerte de un progenitor, pongamos por caso, a los sentimientos que acompañan la pérdida y la transición de esa etapa vital hay que sumarles el efecto del intento de control que ejercen familiares y amigos sobre su persona. No es extraño que a partir de esos momentos cambie el curso de la drogodependencia hacia una mejoría o un empeoramiento.

Un ejemplo de control social máximo es el que se practica en las sectas. En el extremo contrario encontramos la falta de control por aislamiento característico de familias en las que existe maltrato o se comete incesto. Cierta forma de aislamiento también se apodera a veces de las familias que padecen un problema de drogodependencia, bien porque la familia quiere eludir las diversas formas que adquiere el control social (críticas o reproches, por ejemplo), bien porque la red social se cansa de escuchar siempre los mismos problemas o bien por la suma de ambos efectos. La rigidez de fronteras, la pobreza de la red, su fraccionamiento y su baja densidad reducen al mínimo la presencia del exogrupo.

**Ayuda material y de servicio.** Es la colaboración en base a conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios sociales y de salud. Para las personas con una enfermedad crónica algunos profesionales de estos servicios acaban convirtiéndose en elementos importantes de su red. Los orientadores laborales suelen sugerir a la persona desempleada que active su red personal como un método eficaz para aumentar las posibilidades de encontrar un empleo.

**Acceso a nuevos contactos.** Es la apertura a nuevas personas o redes. Todo el mundo tiene esta posibilidad potencial, pero en algu-

nas aparece como un rasgo importante. Esta función es muy útil para todas las personas que intentan resocializarse por diversos motivos. Como ya hemos señalado la drogodependencia conlleva, en ocasiones, cierto aislamiento social y la tendencia a vivir en guetos de drogodependientes o ex-drogodependientes, con el agravante de que el propio proceso de tratamiento e incorporación social implica el abandono de las antiguas amistades<sup>34</sup>. En la búsqueda de nuevos contactos hay personas que pueden brindar mucha ayuda.

Muchas relaciones pueden cumplir con varias de estas funciones. Las funciones no describen personas salvo en casos muy concretos. Pero es importante tenerlas en cuenta a la hora de explorar la red de personas en proceso de incorporación social para realizar un buen diagnóstico de este nivel.

## ATRIBUTOS DEL VÍNCULO

Cada vínculo puede ser analizado en función de sus atributos: función principal, multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad, frecuencia de contactos e historia.

**La función principal** hace referencia a cuál es el cometido o cometidos prevalentes del vínculo.

**La multidimensionalidad** se refiere a la diversidad de funciones que puede cumplir. Por ejemplo, una misma persona puede ser de gran ayuda en aspectos prácticos y también un buen paño de lágrimas. Como ya hemos dado a entender, muchos drogodependientes tienden a la unidimensionalidad en torno a la consecución de la droga o a la realización de la actividad de la que son dependientes. Como todo gira alrededor de conseguir la dosis (o el dinero) y efectuar el consumo o la conducta, el número y la variedad de funciones se restringen drásticamente.

**La reciprocidad. Todas las relaciones necesitan de cierto feedback** para mantenerse. No es necesario que la naturaleza de lo que

<sup>34</sup> La rehabilitación implicará en muchos casos una ruptura total con el anterior estilo de vida. Como dice Jaime Funes "no se dejan sustancias; se abandonan estilos de vida, relaciones sociales, justificaciones existenciales, personas, medios de subsistencia" (Funes, 1991). También puede implicar un proceso de aislamiento, que conviene evaluar para distinguir si se trata de un proceso depresivo/reparador o de un factor de riesgo de exclusión.

se intercambia sea la misma, se puede intercambiar, por ejemplo, ayuda emocional por ayuda material y de servicios. O sea, la reciprocidad no hay que entenderla solo de forma equivalente sino también de forma complementaria. Pero algunos adictos evolucionan en la dirección de pedir bastante más de lo que ofrecen. En esos casos tienden a quedarse aislados porque los antiguos amigos y conocidos temen, cuando se les acerca, que solo sea para pedir algún tipo de ayuda o favor, mientras que con ellos no se puede contar nunca para nada. En los casos extremos solo conservan una o dos personas de las que dependen y a quienes les piden todo. Se trata de un vínculo que recuerda al de la madre con el hijo pequeño, en el que la madre se ocupa de todas las necesidades de la criatura sin pedir nada a cambio. Cuando se observa una relación de estas características entre adultos se hace evidente que el vínculo no ha evolucionado, lo cual afecta a ambos componentes de la relación. Pero mientras las ventajas que obtiene el adicto resultan evidentes, las de la persona codependiente no lo son tanto. ¿Por qué alguien acepta que otra persona dependa completamente de ella?, ¿que tipo de beneficio obtiene? ¿Por qué no busca personas con las que establecer un tipo de vínculo más equilibrado y recíproco? Estas son algunas de las preguntas que hay que contestar cuando se trabaja con parejas codependientes.

**La intensidad** hace referencia al compromiso, la confianza, la intimidad. Es un atributo difícil de definir objetivamente, pero cualquier persona puede decir cuáles son sus personas íntimas. La intensidad no está condicionada necesariamente por la frecuencia de las interacciones, más bien por su calidad.

**La frecuencia** es un elemento más objetivo porque hace referencia a la cantidad de interacciones. Hasta hace algún tiempo guardaba relación con la proximidad física pero con el desarrollo de las redes sociales virtuales el concepto mismo de contacto está cambiando. Hoy existen programas que son capaces de contar y clasificar nuestros contactos a través de las redes sociales virtuales y hasta de elaborar perfiles. Algunos estudios sobre las redes sociales virtuales apuntan a que si se observa la evolución de la gran cantidad de contactos que se pueden originar en una red como *Facebook*, con el tiempo acaban remitiendo a un tipo de red parecida a la «natural». Por otra parte es evidente que en el plano profesional, de intereses y aficiones, las redes sociales virtuales muestran una potencia extraordinaria para favorecer el intercambio entre personas con intereses similares.

**La historia** es la biografía de la relación e influye poderosamente sobre las expectativas de la misma.

## POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

¿Qué hacer en la práctica con toda esta información? ¿Cómo favorecer el desarrollo de redes sociales diversas, recíprocas, con suficiente densidad, flexibles y estables que son las características que las relacionan con la salud y el bienestar? ¿Cómo ayudar a personas cuya red social se ha ido deteriorando a lo largo del proceso de adicción convirtiéndose en un sistema de apoyo pobre, rígido y unidimensional?

Existen diversas prácticas posibles para influir directa e indirectamente en los procesos de red, pero en primer lugar debemos recordar, tal y como nos propone Cristina Villalba, que la red social personal constituye el sistema de apoyo natural al que acuden las personas en busca de ayuda. Una ayuda que solo secundariamente se solicitará en los servicios profesionales si ha fallado la primera. “Analizando claramente la estructura y el funcionamiento de las relaciones de las personas con los miembros de sus redes, los profesionales podemos llevar a cabo estrategias que potencien los apoyos existentes, que desarrollen los potenciales, o que, en situaciones de necesidad, lo complementen o sustituyan” (Villalba, 1993).

Las técnicas que Sluzki menciona en su libro *La red social* al que venimos haciendo referencia son las siguientes:

Activación de redes naturales, generación de redes ad hoc, estimulación de habilidades sociales necesarias para generarlas, recomendación de desconectarse de ciertos subsistemas tóxicos y desintoxicación de determinados subsistemas mediante intervenciones directas, averiguar cual es “el sistema mantenido por el problema” e intervenciones dirigidas a modificar “el problema mantenido por el sistema”.

Quizá estas expresiones merezcan una breve explicación. En ocasiones los sistemas cristalizan alrededor de un problema. Inicialmente se desarrollan para atender o controlar el problema, pero con el tiempo el problema puede convertirse en su razón de ser hasta el extremo que cuando el problema se resuelve el sistema también desaparece. Es el caso de padres que se separan cuando el hijo consigue superar

la drogodependencia después de muchos años de concentrar toda la actividad de la pareja en el problema del hijo. Lo mismo puede decirse de algunas esposas que entran en crisis cuando su pareja, después de muchos años, consigue superar la adicción. En la práctica clínica sistémica se presta mucha atención a estas circunstancias hasta el extremo de realizar un tipo de tratamiento en pareja que prevenga la caída en la depresión del miembro no drogodependiente (aunque con frecuencia codependiente).

La segunda expresión, el problema mantenido por el sistema, hace referencia a que cuando un sistema se organiza para solucionar un problema sin conseguirlo pero sin dejar de intentar una y otra vez las mismas soluciones fracasadas, puede convertirse en la práctica en un sostén del problema. Por eso se habla del sistema que sostiene al problema. En la práctica clínica es frecuente recomendarle a los miembros de la familia más involucrados en el problema que, en vez de seguir advirtiendo o amenazando, cumplan sus advertencias o amenazas (por ejemplo, cortando toda ayuda que pueda ser utilizada para el mantenimiento de la adicción o incluso echando a la persona adicta de casa). En general se recomienda que no concentren toda su vida en el problema, claro que a veces se comprueba que la resistencia al cambio viene condicionada por el temor a que el sistema desaparezca (la pareja o la familia), lo que hace referencia a la primera expresión: el sistema mantenido por el problema.

## **LA POBREZA COMO UN CRUCE ENTRE LAS REDES MACRO Y MICRO**

Sluzki nos llama la atención sobre el hecho de que los investigadores y terapeutas de familia hemos construido un modelo de análisis del funcionamiento familiar muy sesgado, ya que se centra en un tipo de familia muy concreto, la de clase media. Algo parecido le ocurrió a la psicología experimental americana que tanto utilizó estudiantes de psicología como conejillos de indias de sus experimentos. Afortunadamente existen excepciones como la que representan Minuchin y Montalvo y aplicaciones sistémicas en programas de servicios sociales dirigidos a familias multiproblemáticas, enfoques multiculturales, etc. Pero, en general, parece que se han asumido determinadas características de la familia de clase media como si fueran universales.



Hay muchos elementos socioeconómicos y culturales que pueden condicionar las dinámicas de las familias, pero hay uno que es relativamente bien conocido por los que trabajamos en servicios públicos: la pobreza. La pobreza en diferentes grados, desde la moderada hasta los extremos de la exclusión. Haber vivido en la cultura desesperanzada de la pobreza implica, por sí mismo, una dificultad para la integración social, no digamos si la unimos a la drogodependencia o la adicción. Poco tiene que ver la adicción que aparece en uno de los miembros de una familia «normalizada» con la que aparece en una de las llamadas «problemáticas» caracterizadas por padecer otros muchos problemas sociales y poseer una estructura de límites y jerarquías poco definidos. La experiencia de la pobreza suele vivirse como una falta de control sobre su medio. Una visión que puede ser reforzada —con frecuencia lo es— por las agencias y servicios que operan en el territorio. El poder y el control queda del lado de los servicios y la indefensión y falta de control del lado de los usuarios, que en sintonía con esa lógica se dedican a pedir.

El presupuesto que utiliza la perspectiva sistémica es el siguiente: *El poder se puede traducir en la práctica como nuestra capacidad de acceso a recursos y como nuestra capacidad de ser proactivos más que reactivos, es decir, nuestro potencial para generar cambios y prevenir consecuencias negativas a través de nuestras acciones. Mediante esa capacidad de ser actores o agentes de cambio, generamos en nosotros mismos y entre quienes nos rodean un sentimiento de eficiencia: el mundo nos refleja y nos devuelve nuestras acciones como capacidad, efectividad, competencia, poder. La falta de ese efecto de respuesta (feedback) por parte del mundo nos genera desesperanza y falta de confianza en nosotros mismos. Seligman llama «desesperanza aprendida» a ese proceso desmoralizante derivado de que nuestras acciones no tienen efecto.* Una de las consecuencias de este planteamiento es que para incorporar una variable de contexto como la pobreza, el enfoque sistémico se propone desarrollar historias que incorporen esperanza, que generen feedback de autoría, que subrayen las capacidades y la eficiencia potencial de quienes nos consultan.

Esta línea de trabajo implica trabajar como un consultor más que como alguien que resuelve los problemas de los otros. La idea de consultor da por supuesto la competencia de quien consulta, solo que necesita consejo experto y enlaza con el concepto de *coaching* y de acompañamiento para la incorporación.

Las llamadas «familias multiproblemáticas» suelen proceder de estratos sociales desfavorecidos y suelen implicar la intervención de múltiples agencias sobre ellas. En esos casos es particularmente útil realizar una evaluación macrosistémica para descubrir quienes están interviniendo y valorar la posibilidad de contar con ellos. Esta estrategia se asocia a la noción de «sistema generado por el problema» de Goolishian y Anderson, que abarca a todos los que intervienen sobre el problema contribuyendo a definirlo como tal, en este caso definiéndolo como multiproblemático. Como ya hemos visto, los sistemas basados en problemas funcionan frecuentemente como sistemas que mantienen los problemas, a pesar de sus buenas intenciones. La convocatoria de reuniones de red, incluyendo a todos los representantes de las agencias permite favorecer cambios cualitativos en la manera en que los participantes hablan de los problemas y, por tanto, también en su definición. Bien conducidas, estas reuniones pueden aumentar la capacidad de decisión y la autonomía de los pacientes y las familias.

Durante la realización de un taller sobre familias multiproblemáticas organizado por la Federación de Asociaciones de Terapeutas de Familia de España en Canarias, se nos solicitó a los participantes que repasáramos nuestros tratamientos exitosos con familias multiproblemáticas y comprobáramos si se cumplían determinados ítems. Uno de ellos era haber intentado las soluciones que proponían las propias familias, por heterodoxas o extravagantes que nos pudieran parecer. Efectivamente todos los casos de éxito cumplían los criterios de haber ensayado propuestas heterodoxas y de haber sido aportadas por los interesados, lo cual reafirma la idea de Sluzki de que nuestro arsenal terapéutico se ha elaborado en base a un modelo preestablecido que no contaba con la pobreza y la desestructuración.

## **LA FAMILIA Y LA INCORPORACIÓN SOCIAL**

Repasando el mapa de red de personas con problemas de drogas y adicciones comprobamos que con mucha frecuencia determinados miembros de su familia ocupan un lugar central (los padres en el caso de los que siguen viviendo con su familia de origen, y la pareja en el caso de los que han formado familia propia). La familia, en particular algunos de sus miembros, suele verse muy implicada tanto en el proceso de drogodependencia como en los de rehabilitación e incorporación social, por lo que resulta muy útil contar con ellos tanto

para realizar una valoración como para apoyar determinadas medidas encaminadas a la incorporación social.

Es recomendable volver a contar con su opinión al inicio del proceso diagnóstico relacionado con el inicio del itinerario personalizado de incorporación aunque hayan mostrado su colaboración durante el tratamiento.

Muchas drogodependencias están relacionadas con la dificultad de alcanzar cierto grado de autonomía y de emancipación respecto a la familia de origen. Tanto si es ese su origen como si se ha convertido en una consecuencia, el hecho es que muchos adictos mantienen una relación de dependencia patológica con algún miembro de su familia y este a su vez con el adicto, dando lugar al fenómeno denominado codependencia. A veces estos vínculos de mutua dependencia no están completamente resueltos cuando la persona consigue superar su adicción, controlarla o minimizar sus efectos. En esos casos es frecuente observar como permanecen vigentes determinados lazos que operan en contra de una auténtica autonomía. Pueden manifestarse en una falta de expectativas respecto al futuro más o menos compartida por la persona y su entorno familiar, que puede conformarse con haber superado los aspectos más desagradables de la adicción sin aspirar a nada más. También pueden incluir la posibilidad de encontrar algún tipo de trabajo que permita colaborar con los gastos de la familia, pero sin llegar a una auténtica emancipación. A veces el proyecto vital de futuro no incluye formar una nueva familia ni independizarse.

Por otra parte, cuando la persona ha formado su propia familia, pero su historia en común ha estado muy marcada por la evolución de la adicción, también se observan dificultades para abandonar los antiguos hábitos relacionados con el control de la adicción aunque haya sido superada. Los interrogatorios, las continuas sospechas, las constantes llamadas al móvil, las crisis de ansiedad de la pareja ante un retraso en la hora de llegada, constituyen elementos que operan en contra del desarrollo de un comportamiento autónomo y responsable. La persona puede incluso estar dada de alta porque hace tiempo que mantiene la abstinencia pero su proyecto de incorporación sociolaboral puede estar lastrado por estos elementos y la codependencia no haberse resuelto. En la práctica se observa con cierta frecuencia la aparición de síntomas ansioso/depresivos en el familiar codependiente cuando el paciente mejora. Como ya hemos mencionado, tratando

adecuada y conjuntamente a la persona adicta y al familiar codependiente evitamos problemas de salud mental (generalmente síndromes ansioso/depresivos) en el miembro codependiente, o al menos podemos abordarlos precozmente cuando comienzan a hacer acto de presencia los primeros síntomas.

Estos fenómenos tienen importantes implicaciones clínicas en la evolución del caso, pero también tiene repercusiones sobre el proyecto de incorporación sociolaboral. Existe el riesgo de que familia y paciente compartan de manera implícita un modelo de incorporación basado en la idea de que es un enfermo eternamente convaleciente, o que debe permanecer en una situación de «libertad vigilada».

En cualquiera de los casos mencionados es recomendable entrevistar a la familia a la hora de realizar el diagnóstico, y, en determinados casos, contar con ella para apoyar algunas medidas o para neutralizar movimientos tendentes al statu quo. También es conveniente estar al tanto de la evolución del familiar codependiente porque arrojará luz sobre el proceso de la persona adicta.

Dentro de esta estrategia habrá que incluir todas las intervenciones de tipo social, educativo y psicoterapéutico que pueden estar dirigidas a distintos actores:

- Dirigidas a la persona adicta, para que tome conciencia de las características de su red social y trate de mejorarla como parte de su proceso de reinserción.
- Dirigidas a la persona adicta y a su familia (o a parte de la misma), para convertirles en aliados del proceso de incorporación social, entendiendo que los objetivos pueden ser diferentes durante el tratamiento que durante el proceso de ISL y, por tanto, su función de apoyo también. Incluye técnicas de intervención psicosocial, psicoterapéuticas y educativas. Algunas actividades pueden dirigirse exclusivamente a miembros de la familia para ayudarles a superar sus propias dificultades y a reconectarles con su red social de la que, con frecuencia, se habrán separado.
- Dirigidas a otros miembros de la comunidad que forman parte de la red social del sujeto. Puede tratarse de amigos pero también de profesionales y voluntarios, sobre todo en los casos en que el sujeto mantiene contacto muy estrecho con determinados servicios o instituciones sociosanitarias.

Merece la pena reseñar aquí una propuesta práctica de intervención descrita en *Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción* (Arranz, 2010), ya que reúne muchos de los elementos que hemos mencionado hasta ahora. Concretamente propone intervenciones dirigidas a consolidar los procesos de incorporación social disminuyendo la vulnerabilidad relacional mediante técnicas basadas en la entrevista motivacional, dirigidas a ampliar el capital social utilizando como contexto los espacios comunitarios de ocio y tiempo libre. Las estrategias que se presentan se desarrollan en el programa de Prevención e Inserción social de la asociación ASPAD, en Madrid.

## 5.4 LA DIMENSIÓN COMUNITARIA O MICROSOCIAL

En una época caracterizada por la globalización en la que las grandes decisiones macroeconómicas escapan al control de los gobiernos muchos ciudadanos contemplan el ámbito local y comunitario como el espacio físico y social donde todavía es posible influir sobre la calidad de la vida cotidiana.

Por dimensión comunitaria vamos a referirnos a un entorno que en algunos casos se denomina «microsocial» y en otros «mesosocial». Territorialmente se puede corresponder con ciudades, pueblos, barrios o distritos. Digamos que se trata de un concepto de mayor extensión que la red social personal e inferior a lo macrosocial. Es el lugar donde la estadística y las categorías abstractas dejan paso a las personas, a su particular modo de convivencia, a su historia y a sus biografías entrelazadas. También es paisaje rural o urbano, cuidado o degradado, no solo la representación del territorio en un mapa. Es un entorno muy significativo para el individuo porque en él desarrolla una parte importante de su vida. La comunidad es uno de los principales escenarios donde el individuo experimenta su integración social, aunque pueda desarrollar su actividad laboral a cierta distancia de donde vive o pertenecer a comunidades virtuales que carecen de territorio físico.

¿Qué se entiende por incorporación social desde el punto de vista de la comunidad? La capacidad de incorporación de una sociedad, de

una comunidad local en nuestro caso, tiene que ver con la accesibilidad de sus recursos y espacios para el conjunto de la población, sin exclusiones y con los prejuicios, expectativas y actitudes de los ciudadanos que configuran una «cultura de la cohesión» o una «cultura de la exclusión». Esto es válido para todos los colectivos, aunque una comunidad pueda tener actitudes diferentes respecto a cada uno de ellos<sup>35</sup>.

Para conocer la cultura de inclusión/exclusión de una comunidad respecto a ex-reclusos, drogodependientes, inmigrantes, discapacitados, gitanos (sin olvidar el doble hándicap que, con frecuencia, implica pertenecer a uno de estos colectivos y además ser mujer), no hay otra manera que estudiar esa comunidad concreta.

“El conocimiento de la comunidad y la memoria histórica del fenómeno dentro de la misma también brindan elementos muy importantes para su comprensión. La realidad de la inclusión tiene un pasado, forma parte de un proceso donde están escondidos los factores que han provocado la situación actual. Situación en la que se han planteado estrategias de éxito y de fracaso, de acierto y error. Tener en cuenta el pasado ayuda a comprender el presente y a apuntar hacia el futuro.” (Dominguez, R., 2004)

Los estudios generales de nivel autonómico o nacional ofrecen un buen punto de partida, pero hay que conocer las características estructurales de la zona y su historia para actuar eficazmente. Este conocimiento forma parte del diagnóstico previo a cualquier iniciativa que pretenda desarrollarse en materia de incorporación social (Ramírez de Arellano, 2002).

El VI Informe FOESSA afirma que el territorio, el hábitat, el tipo de barrio, han de ser considerados como una variable fundamental para explicar el origen y la dinámica de los procesos de exclusión y, consecuentemente, también para desarrollar estrategias de inclusión. Todos los estudios recogen características singulares del fenómeno tanto en zonas rurales como en determinados barrios de las ciuda-

<sup>35</sup> El estigma que pesa sobre determinados grupos humanos: gitanos, drogodependientes, presidiarios, induce a seguir hablando de «colectivos», pero desde un punto de vista técnico deberíamos poner especial cuidado en no reproducir el proceso de estigmatización a través de la organización de los programas y los servicios.

des donde se acumulan los factores de riesgo de exclusión dando lugar a una degradación urbana de la pobreza<sup>36</sup>.

Dado su carácter territorial la institución de referencia es el municipio, aunque en determinados casos puedan actuar instancias mayores como una mancomunidad o menores como un distrito municipal vinculado a un barrio concreto o una zona de la ciudad. El ayuntamiento es la instancia más próxima al ciudadano y el nivel de la administración mas adecuado para llevar a cabo las tareas de coordinación y participación necesarias para la puesta en marcha de iniciativas comunitarias.

Dentro de la corporación municipal, es a los servicios sociales comunitarios o de base, a quien corresponde su desarrollo; aunque las iniciativas comunitarias puedan surgir de un colectivo de ciudadanos más o menos organizado o de organizaciones del tercer sector. En cualquier caso el ayuntamiento como institución y los servicios sociales como servicios técnicos, deben estar presentes en toda acción comunitaria destinada a la integración social de personas en riesgo de exclusión.

Nos situaremos pues en la perspectiva de una iniciativa municipal de incorporación, liderada por los servicios sociales comunitarios, que pretende facilitar la coordinación y la participación de todos los actores y recursos que tienen algo que aportar: servicios de empleo, servicios especializados en adicciones (o en otros colectivos), servicios generales a la ciudadanía, iniciativa social, medios de comunicación locales, líderes de opinión, voluntariado, etc. El objetivo será abordar la comunidad como si se tratase de una **red de redes**. *La guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social*, editada por la Fundación Luis Vives, lo describe de la siguiente manera:

“La corresponsabilidad y la participación de la comunidad exigen la existencia de conexiones entre personas y organizaciones. Una manera de comprender el abordaje comunitario es recurriendo de nuevo a la idea de red, solo que en este caso referida a la comunidad y no al individuo. Se concibe la comunidad

<sup>36</sup> En épocas de crisis como la actual hay un gran riesgo de emergencia de barrios donde se concentra la marginalidad, donde es preciso actuar desde la perspectiva de planes integrales y no solo desde el punto de vista de la seguridad, con el riesgo de que sean considerados como los causantes de los problemas existentes, culpabilizándoles de aquellos problemas de los que en realidad son víctimas (TSAS, 2010).

como una Red de redes de comunicaciones y relaciones, tanto formales como informales. Desde este modelo, las iniciativas del plan o programa de inclusión se generan desde los distintos «nodos» de la red y se expanden a través de la misma mediante procesos de negociación y consenso que respeta la autonomía y la independencia de cada una de las partes. Cuando las estrategias se generan desde la propia red y funcionan, la fortalecen, y facilitan el desarrollo de una sociedad civil organizada que dota de cohesión social al entorno donde se aplican”.

La función de los servicios sociales comunitarios en esta materia podemos identificarla con la biocatalización en el sentido de que estimula, regula, inhibe procesos que dependen de otros órganos y sistemas. Desde la perspectiva comunitaria no se trata de crear servicios nuevos para la incorporación social, sino de facilitarla con los recursos naturales del cuerpo social. Continuando con la metáfora biológica, si la exclusión social es una enfermedad, la estrategia comunitaria representa la terapéutica basada en el fortalecimiento del sistema inmunológico y no en la administración de un antibiótico específico o, en todo caso, de un antihistamínico si de lo que se trata es de una reacción defensiva desproporcionada.

No cabe duda de que la cobertura ideal para estas iniciativas comunitarias es la existencia de un plan integral. Los propios planes autonómicos y nacionales reconocen que tienen que aterrizar en planes locales para ser plenamente eficaces. Tratándose de un sector específico como las drogodependencias el abordaje puede realizarse desde un Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) (Ramírez de Arellano, 2002) o desde un Plan Local de Inclusión Social (PLIS) (Luis Vives, 2007). En ambos casos el conjunto de medidas que implican van más allá de las posibilidades de la intervención comunitaria, aunque la asuman. También van más allá del alcance de este libro. Hay publicaciones que se ocupan específicamente del tema como las dos reseñadas.

## **LA METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA: TEJIENDO LA RED**

Si hasta ahora hemos tratado la integración desde el punto de vista de mejorar las posibilidades del individuo y su red personal, con la estrategia comunitaria vamos a poner el acento en facilitar el proceso de incorporación social desde el lado de la comunidad. Aunque la di-



visión entre individuo y sociedad siempre tiene algo de artificial vamos a centrarnos en lo que la comunidad puede hacer por los individuos. Podemos distinguir tres tipos de acciones dirigidas a mejorar la incorporación sociolaboral de adictos (y otros colectivos) desde el punto de vista comunitario:

- A) Una acción promotora de la incorporación social dirigida a hacer más accesibles los recursos normalizados de carácter público, privado y social. Esto es a lo que J. Funes llama despatologizar los servicios.
- B) Una intervención sociocultural dirigida a modificar los prejuicios, estereotipos, representaciones sociales y actitudes desfavorables a la incorporación social de drogodependientes y a promover valores positivos.
- C) Una intervención dirigida a fomentar la solidaridad concreta mediante el voluntariado y la ayuda mutua.

Se trata de facilitar el acoplamiento desde el lado de la comunidad promoviendo el objetivo de la cohesión social.

Estas líneas de actuación engarzan con tres conceptos que venimos relacionando con la incorporación social a lo largo de todo el texto: *sociabilidad*, *apoyo social* y *capital social*, contemplados ahora desde su perspectiva comunitaria. Es verdad que la sociabilidad puede estimularse mediante el entrenamiento de habilidades sociales específicas del individuo, pero también poniendo a la persona en contacto con grupos sociales (asociaciones, peñas, hermandades, clubs)<sup>37</sup> formales e informales que estimulen *la interacción social gratuita*, la

<sup>37</sup> En Merece la pena destacar los trabajos realizados por el equipo de investigación GEISA (Grupo de estudios sobre las identidades socioculturales en Andalucía) dirigido por Isidoro Moreno, del Departamento de Antropología Social de la Universidad de Sevilla, sobre la función de peñas, asociaciones, hermandades y cofradías, a la hora de fomentar la sociabilidad, el capital social, la identidad de grupo y, por tanto, la integración social en Andalucía. Javier Escalera en su artículo Sociabilidad y relaciones de poder (Kairós nº 6) menciona las siguientes entidades a nivel nacional: cuadrillas de amigos o sociedades gastronómicas en Euskadi; entidades excursionistas o folklóricas en Cataluña; casales falleros o filae de moros y cristianos, sociedades musicales, sociedades de colombaires (criadores de palomos) o comisiones festeras en el País Valenciano; las hermandades, cofradías, corporaciones, cuarteles, cuadrillas, casinos y peñas en Andalucía; peñas taurinas navarras; comparsas y agrupaciones carnavalescas canarias; asociaciones y «casas» de emigrantes gallegos o andaluces; clubes y peñas futbolísticas y deportivos, bares y cafés, plazas, lavaderos públicos, mercados... así como otras múltiples manifestaciones, más o menos formalizadas, de la sociabilidad característica de cada pueblo.

*posibilidad de compartir, el contacto directo cara a cara (no relaciones entre papeles o funciones), el sentimiento de pertenencia, de identidad y de sentido.* A su vez, la participación en grupos diversos y el consiguiente enriquecimiento de la red social personal que lleva aparejada, incrementa su capital social entendido como la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano, y sobre todo, en nuestro caso, como el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de esas relaciones sociales. Finalmente también se puede incrementar el apoyo social a través de la participación en grupos como los mencionados, por el enriquecimiento de la red social que implican y por la participación en grupos ad-hoc de ayuda mutua o autoayuda.

Hay que reconocer que esta estrategia se ha desarrollado bastante menos que la dirigida a la capacitación individual, que es donde se han concentrado los esfuerzos de los servicios específicos y generales, sin embargo es el ámbito en el que las competencias, la tradición y la experiencia profesional recaen claramente en los servicios sociales comunitarios.

Así pues el punto de partida básico consiste en situarse no solo ante las personas individuales con dificultades de integración, sino ante la multitud de actores que pueden facilitar la incorporación social en cualquiera de sus facetas. Sea cual sea nuestra meta, un programa de incorporación social para adictos o un plan de inclusión más general, el primer objetivo desde el punto de vista comunitario consistirá en tejer una red de recursos para la incorporación sociolaboral o, dicho de otro modo, convertir los recursos normales en una oportunidad para la incorporación. Para lo cual será imprescindible que identifiquemos a todos los actores que, con un poco de esfuerzo e imaginación, pueden convertirse en recursos para la incorporación social, haciéndonos preguntas como las siguientes: ¿Quién ofrece actividades para ocupar el tiempo de forma productiva a la vez que mejorar la posibilidad de relacionarse con otras personas? ¿Los servicios culturales, los deportivos, algún club, alguna asociación juvenil, cultural o recreativa? ¿Pueden utilizarse las autoescuelas y los gimnasios privados como recursos para la incorporación social? ¿Quién puede ofrecer formación, orientación e intermediación para el empleo? ¿Qué servicios se prestan a las familias? ¿Pueden acceder a estos servicios las familias de los drogodependientes? ¿Existen en nuestra localidad entidades sociales que ejerzan de manera natural funciones socializadoras y normalizadoras, aunque estas no se encuentren entre sus objetivos

manifiestos (cofradías, hermandades, peñas, coros) y que funcionen durante todo el año? ¿Hemos hablado con el empresariado y con los medios de comunicación locales? ¿Nos hemos preguntado como facilitar asesoramiento jurídico y ayudas odontológicas para la población toxicómana?

Realicemos un breve repaso por algunos de los recursos normalizados presentes en el territorio con objeto de explorar su potencialidad incorporadora, agrupándolos en las siguientes categorías: servicios públicos, empresas, medios de comunicación, líderes de opinión, voluntarios y entidades sociales.

## **SERVICIOS PÚBLICOS RELACIONADOS CON EL BIENESTAR SOCIAL**

El objetivo consiste en pensar en cada uno de los servicios relacionados con el ámbito del bienestar social como un recurso para la incorporación social.

**Los servicios deportivos.** Por sus características la práctica del deporte puede apoyar procesos de socialización y de normalización, es decir, procesos de incorporación social. En el ámbito individual puede fomentar el autocontrol, elevar el umbral de la tolerancia a la frustración, estimular el espíritu de superación y la autoestima, mejorar las capacidades físicas, enseñar a aplazar la satisfacción y a reconocerla como resultado del esfuerzo individual prolongado en el tiempo, etc. Como trabajo en equipo educa en el compañerismo, enseña habilidades sociales, ayuda a controlar la impulsividad, la agresividad y la competitividad. No es casualidad que los programas de rehabilitación de drogodependencias en comunidades terapéuticas, en centros de día y en unidades de desintoxicación lo utilicen con tanta frecuencia. Los equipos deportivos ofrecen además la posibilidad de identificarse con el grupo y obligan a adaptarse a una programación de medio y largo plazo. También hay que tener en cuenta las innegables vinculaciones entre deporte y salud.

**Los servicios culturales.** En la actualidad existe una gama muy amplia de actividades culturales públicas y privadas al alcance del ciudadano medio que pueden satisfacer muchas expectativas culturales o relacionadas con aficiones ayudando a dar contenido al tiempo desocupado. Con-

viene recordar, una vez más, que el tiempo libre tiene un significado muy diferente para quien dispone de tiempo de forma voluntaria o involuntaria. No es lo mismo disponer de algún tiempo para realizar actividades recreativas deseadas que quedarse en paro o estar inmerso en un proceso de rehabilitación que separa a la persona de sus antiguas actividades y amistades. En esos casos y en otros similares el tiempo libre involuntario puede convertirse en un factor de riesgo psicosocial de primer orden.

Por otra parte, cada vez es más frecuente que en la realización de actividades culturales se den cita personas de distintas edades y adscripción social y cultural, lo que permite enriquecer la red social personal facilitando el objetivo de la integración dentro de la diversidad.

La pertenencia a determinadas entidades culturales, recreativas y deportivas favorece la interacción social, el intercambio y la sociabilidad, añadiendo cierto sentido de identidad social y de pertenencia. En Andalucía es el caso de determinadas hermandades, cofradías, peñas o agrupaciones, que desarrollan su actividad durante casi todo el año. Para iniciar el contacto con estas entidades puede ser importante contar con la presencia de algún mediador social que facilite el acercamiento.

Respecto a los **servicios y entidades sectoriales de Juventud, Mujer, Tercera Edad y Servicios Sociales**, puede aplicarse la misma lógica tratando de compaginar los objetivos de estas con las necesidades del grupo de población al que nos dirigimos, teniendo en cuenta, no solo a los drogodependientes, sino también a sus familias. A veces, la participación de los padres, hermanos o parejas en determinadas actividades o programas puede descongestionar y normalizar la vida familiar facilitando el proceso global de inserción social del incorporando.

Como ya hemos referido, en torno a las adicciones se desarrollan con mucha frecuencia relaciones de dependencia entre la persona adicta y alguno de los familiares, generalmente la madre, la pareja o una hermana (la proporción de adictos hombres es del 70% al 80%). La situación puede ir desde casos graves de codependencia hasta aquella en la que una parte mantiene, sostiene o consiente la dependencia del otro, aunque sea de forma involuntaria.

Muchas de estas mujeres primero sufren los problemas derivados de ser compañeras de un adicto y posteriormente, cuando éste ha superado su adicción, muchas veces con ayuda psicoterapéutica, tienen

que enfrentarse a una nueva etapa para la que no siempre encuentran los soportes necesarios y, con frecuencia, enferman. Tanto durante la primera etapa como durante la segunda pueden encontrar apoyo en los servicios dirigidos a la mujer o en las asociaciones de mujeres. Los grupos de ayuda mutua, de reflexión sobre la situación de la mujer, de crecimiento personal, pueden ser muy útiles. También el simple hecho de estar con otras personas, salir del círculo vicioso, intercambiar puntos de vista y no vivir por y para la adicción de la pareja.

También es frecuente encontrar padres sobrecargados que han ido perdiendo o debilitando sus redes sociales. Es saludable que la madre realice alguna actividad con las amigas, igual que el padre, que como pareja vayan juntos al cine, etc. Una de las prescripciones clásicas de la Escuela de Psicoterapia de Familia de Milán es pedirle a los padres que comiencen a salir solos por las tardes sin dar explicaciones al hijo (sintomático) de adonde van. Con ello mandan un claro mensaje que dice: “hay vida más allá de los síntomas de mi hijo” y “la razón de ser de esta pareja no es cuidar del hijo exclusivamente”. El chico o la chica al principio protesta y después mejora.

Respecto a los hijos también hemos comentado la conveniencia de que dispongan de algún tipo de actividad preventiva que pueda organizarse desde los servicios sociales u otros.

A veces los adictos o los padres son mayores y los recursos a los que hay que acudir son los de la tercera edad (centro de día, viajes de la tercera edad, etc.)

Los servicios y recursos de **juventud y deportivos** pueden ser los más adecuados para los adictos o abusadores más jóvenes. De un tiempo a esta parte están aumentando las demandas de atención en los centros de drogodependencias de jóvenes y adolescentes con problemas relacionados con sustancias como cannabis, alcohol y pastillas. No suelen ser adictos pero sí consumidores problemáticos. Abandonar el consumo con frecuencia significa alejarse de determinados escenarios, de ciertas compañías y de ciertos hábitos cotidianos. Una forma de buscar alternativas saludables es hacer deporte, jugar en un equipo o participar en una banda de música.

**Recursos relacionados con la formación.** Una de las decisiones más importantes que se pueden adoptar durante el proceso de incor-

poración es retomar la formación o iniciar una nueva. En ocasiones la tarea consistirá en animar la vuelta al instituto, a la formación profesional, a la facultad o a las diversas formas de educación de adultos. También son importantes los recursos educativos públicos y privados complementarios de la formación reglada. Como ya vimos, la oferta es muy amplia y cambiante a lo largo de los años, por lo que es muy importante conocer los recursos, sus características y exigencias para facilitar el acceso de las personas interesadas.

Los servicios de **fomento del empleo**. Determinados servicios y agencias relacionados con el desarrollo local, el fomento del empleo y la formación profesional/ocupacional representan una oportunidad excepcional, ya que contemplan entre sus objetivos específicos la promoción de la incorporación sociolaboral. Además la demanda más general por parte de los usuarios es la de empleo (aunque a medida que aumenta la edad y el tiempo de adicción también aumenta la demanda de ayuda psicológica/psicoterapéutica, particularmente entre los cocainómanos). Tampoco hay que descartar los recursos propios del ayuntamiento. A veces un trabajo temporal en servicios municipales en el momento oportuno puede ser el empujón final de un proceso de incorporación. No porque se vaya a convertir en empleado del ayuntamiento sino como forma de completar un circuito formativo y de adquisición de confianza que lo sitúe en un lugar adecuado para competir con los demás ciudadanos desempleados en el mercado de trabajo.

En los últimos tiempos ha habido cierta proliferación de recursos de estas características. A nivel local existen programas de empleo relacionados con agencias de desarrollo local o con programas públicos que pueden tener su origen en iniciativas estatales o europeas. En esos casos los servicios sociales comunitarios pueden servir de mediadores y de fiadores de las personas en proceso de incorporación. En otros casos, se tratará de servicios de formación para el empleo o de orientación laboral dependientes del antiguo INEM transferido a las CCAA, los que ofrecerán servicios para la integración sociolaboral. De nuevo los servicios sociales realizarán una labor de mediación y coordinación. Finalmente existen recursos específicos para la incorporación sociolaboral de drogodependientes y adictos o para personas con especiales dificultades para acceder al mercado de trabajo. Puede tratarse de los tradicionales centros de día para drogodependientes, pero también pueden ser servicios desti-

nados muy específicamente a la inserción laboral. En esos casos sigue siendo imprescindible la coordinación con los servicios sociales, pero también con los CTA. Algunos de estos servicios (específicos y generales) disponen de un conjunto de medidas muy amplias que abarcan formación, orientación, mediación o acompañamiento para el empleo, por lo que se perfilan como recursos fundamentales para la inserción laboral.

Por ello, cuando se trata de recursos generales abiertos a toda la población, debemos insistir en conocer exhaustivamente la oferta, sus características y productos; y cuando se trata de recursos específicos para la incorporación sociolaboral de drogodependientes y adictos o población en riesgo, el esfuerzo hay que ponerlo en la adecuada coordinación y derivación.

## **LAS EMPRESAS**

Nuestro objetivo con el sector empresarial (público y privado) y con otras entidades privadas sin ánimo de lucro como las fundaciones es que colaboren en la tarea de incorporación social y laboral. Básicamente se trata de que acepten (o que no rechacen) como trabajadores a personas en proceso de incorporación, bien contando con alguna de las medidas de estímulo que existen al respecto, o bien sin ellas. Tampoco se pueden descartar las iniciativas de sponsor o patrocinio. Sin su colaboración la actividad puede quedar reducida a una relación de coordinación entre servicios públicos y ONG.

A nadie se le escapan las inmensas posibilidades que representan para la incorporación social la colaboración con el empresariado local, pero tampoco las dificultades que supone conseguirla. Entre las dificultades, no podemos ignorar la falta de tradición de colaboración entre empresa y servicios sociales y la desconfianza que puede despertar el hecho de que los sujetos a incorporar en la propia empresa sean adictos en rehabilitación o cualquier otra persona portadora de un estigma social. Por todo lo cual deberemos desarrollar una estrategia ad hoc para aproximarnos al sector si queremos contar con algunas posibilidades de éxito. Lo veremos un poco más adelante.

## LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN SOCIAL

La colaboración de los medios de comunicación locales, los servicios de información y los líderes de opinión pueden contribuir a una estrategia de sensibilización sobre la inclusión social dirigida a la comunidad en su conjunto, así como a la captación y difusión de los recursos identificados para la incorporación social.

**Los medios de comunicación locales.** Se trata de elaborar conjuntamente una estrategia comunicativa y divulgativa continuada de las medidas y los recursos disponibles para la incorporación convirtiéndose a su vez en un poderoso medio de captación de nuevos recursos. El objetivo no es meramente propagandístico, se trata también de influir en la representación social de los fenómenos de la exclusión y de la incorporación social a nivel local, favoreciendo el debate y la formación de opinión entre los ciudadanos.

Si la búsqueda de recursos adopta la forma de campaña o programa los medios de comunicación tienen un papel importante que cumplir.

**Servicios de información.** En los últimos años han proliferado los servicios de información que pueden operar en una misma zona: Servicio de Información Juvenil, Servicio de Información a la Mujer, Servicio de Información Administrativa o al Ciudadano, Servicio de Información de los Servicios Sociales, por lo que es conveniente cuidar la relación con todos ellos en su doble vertiente de fuentes de información y sistemas de difusión.

**Los líderes de opinión.** Debemos prestar una especial atención a todos los que puedan representar un papel de líder de opinión en esta materia en el ámbito local: representantes de asociaciones o líderes políticos o religiosos. Del mismo modo debemos buscar la colaboración de quienes tienen que ver, directa o indirectamente, con la incorporación social: representantes de la confederación local de empresarios, responsables políticos de otras áreas relacionadas con el sector, representantes de los sindicatos, etc. Se trata de contar con la colaboración de todos, de convertirlos en aliados y de evitar que se puedan transformar en obstáculos por falta de información o de protagonismo.

No debemos olvidar que la participación y la colaboración de todos



en la tarea es gratuita y voluntaria, por lo que habrá que agradecer siempre a todos y cada uno de los participantes y extremar el tacto para no herir ninguna susceptibilidad.

## **EL VOLUNTARIADO INDIVIDUAL**

El voluntariado puede ser un mediador y un colaborador en todas las tareas: puede acompañar el proceso de incorporación social de determinadas personas en determinados momentos prestando apoyo y mediación; puede ayudar en la búsqueda de entidades colaboradoras; y puede colaborar en la difusión del programa.

Por otra parte deberíamos contemplar el enorme potencial recuperador que implica ser voluntario. Una cosa es que se utilice como elemento central del proceso de rehabilitación como es tradicional en los recursos dependientes del movimiento evangélico pentecostal (Reto, Betel, Remar) y otra que despreciemos sus posibilidades por nuestros propios prejuicios. Para personas en proceso de incorporación ser voluntario significa o puede significar realizar una actividad productiva (creativa), realizar una actividad de utilidad social, prestigio, solidaridad, contacto con otras personas, visibilidad social (que potencia sus posibilidades de intercambio, incluso las de tipo laboral). Todo esto acelera el proceso de disolución de los prejuicios y estereotipos.

El tema merece una reflexión por parte de los profesionales del sector. Se trata de explorar las posibilidades de incorporación que ofrece la acción voluntaria para muchas personas. No nos referimos a que las personas que hayan padecido problemas con las adicciones se conviertan en personajes públicos en la lucha contra la droga, o en monitores de otras personas en proceso de rehabilitación. La acción voluntaria se puede llevar a cabo en los más diversos campos sociales, culturales y deportivos. Tanto los profesionales de los servicios sociales como los de las entidades sociales tendrían que reorientar su trabajo para fomentar esta alternativa.

## **LAS ASOCIACIONES**

Respecto a las asociaciones conviene distinguir entre aquellas que pueden prestar su apoyo como colaboradoras de todas estas iniciativas (acogiendo a personas en proceso de incorporación, median-

do con otras entidades, colaborando en la difusión, participando en los debates y la conformación de una opinión positiva sobre la ISL) y aquellas que, perteneciendo al tercer sector social, participan como actores principales en el desarrollo de algún programa de incorporación. Es más, puede darse el caso de que sea una ONG de carácter social la que lidere la iniciativa de incorporación comunitaria, siempre en colaboración con los servicios sociales locales.

## La oferta y la demanda

Una vez que hemos aprendido a reconocer los recursos más generales como auténticas oportunidades para la incorporación social y laboral debemos buscar la manera de facilitar el acoplamiento individuo/sociedad desde ambas partes. Para ello podemos adoptar las mismas estrategias que se emplean para influir en el mercado, solo que con el propósito opuesto al del narcotráfico: **mejorar la oferta** de recursos para la incorporación social y **mejorar la demanda** de los mismos.

¿Qué podemos hacer para mejorar la oferta de recursos para la incorporación sociolaboral?

Identificados los recursos y confrontados con las necesidades de la población objeto de incorporación, los pasos podrían ser los siguientes: primero, estudiar la accesibilidad de los recursos desde el punto de vista de la población a la que nos dirigimos. Podemos encontrar barreras solidamente materiales y barreras culturales (arquitectónicas, económicas, de ubicación, de desconocimiento de su existencia, de prejuicios de clase, de género, de edad...). Estas barreras pueden estar situadas en los propios recursos, en sus usuarios, en los drogodependientes o en todos a la vez. Segundo, trabajar con los técnicos y responsables de los recursos para intentar mejorar su accesibilidad desde el punto de vista de nuestro sector de población. Y tercero, poner en valor las potencialidades de los servicios mencionados de cara a los posibles usuarios.

Resumiendo, lo que debemos hacer para mejorar la oferta de recursos es:

- Conocer exhaustivamente la oferta de servicios y el conjunto de recursos de la comunidad.
- Comparar la oferta con las necesidades detectadas en las personas en proceso de incorporación.

- Identificar y eliminar barreras físicas, económicas, psicológicas y sociales; es decir, mejorar la accesibilidad.
- Difundir adecuadamente su existencia, sus prestaciones y sus actividades entre el colectivo a incorporar.
- Adaptar su funcionamiento y diversificar sus productos cuando sea posible y necesario.

Puede ser aconsejable diseñar una campaña para captar al mayor número de recursos posibles, especialmente dirigida a aquellos que son más necesarios como las empresas y/o que son más renuentes a participar en proyectos de este tipo. Para diseñar la campaña podemos servirnos de un instrumento técnico como la caja de herramientas de la incorporación comunitaria.

**La caja de herramientas** es un instrumento técnico diseñado originalmente por M. Coulombe para el desarrollo de programas de prevención, pero nosotros vamos a emplearla aquí para mejorar tanto la oferta como la demanda de recursos para la incorporación social de drogodependientes y adictos; es decir, para mejorar la incorporación social comunitaria.

La sola idea de disponer de un conjunto de herramientas ya resulta sugerente, porque cuando solo poseemos una, un martillo por ejemplo, demasiadas cosas nos parecen clavos. Hace veinte años la herramienta principal de que se disponía en la reinserción de drogodependientes eran los centros de día basados en talleres ocupacionales, por lo que se convertían en la prescripción única. Afortunadamente hoy se pone más el acento en el proceso: el itinerario personalizado de incorporación, que puede transitar por diversos espacios y recursos. La caja de herramientas puede acercarnos a esos espacios y recursos.

¿Cómo adaptar la caja de herramientas a la incorporación social? Debemos plantearnos qué tipo de elementos informativos (SABER), qué tipo de motivaciones (QUERER) y qué tipo de medios prácticos (PODER), debemos ofrecer a los distintos recursos para que tenga éxito nuestro propósito. Situaremos en el eje vertical a los factores que influyen en el comportamiento (saber, querer y poder), y en el eje horizontal a los actores que intervienen en la oferta. A continuación solo tendremos que rellenar las casillas contestando una serie de preguntas.

Seleccionaremos un número limitado de recursos para que puedan servirnos de ejemplo. El esquema sería el siguiente:

	EMPRESAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	VOLUNTARIADO	RECURSOS GENERALES
SABER				
QUERER				
PODER				

La forma de ir rellenando el contenido de esas casillas y de otras tantas que podamos añadir según nuestras necesidades es formulándonos una serie de preguntas sobre los agentes (recursos) y sus necesidades en relación con el objetivo de nuestro proyecto. Veamos un ejemplo con el caso de las empresas, que pueden resultar las más difíciles de abordar.

En primer lugar nos preguntaríamos qué necesitan **saber** para convertirse en un posible destino de reinserción. Probablemente necesitarán información sobre la iniciativa, sobre el compromiso que les supondría su participación, sobre el nivel de responsabilidad, las ventajas, etc. En segundo lugar, en el terreno del **querer** tendríamos que plantearnos elementos motivadores o formas de remover prejuicios y temores. Pueden recibir distintos tipos de ayudas: reducción de cuotas, disponer de aprendices gratis, recibir el reconocimiento simbólico del ayuntamiento y de la comunidad, etc. También hay que ofrecerles garantías sobre los candidatos que participarían en su empresa, además de garantizarles la seguridad de romper el compromiso si no hay un cumplimiento por la otra parte, así como información y asesoramiento continuo para cualquier duda o imprevisto que pueda presentarse. Finalmente, en el área del **poder** habrá que despejar los obstáculos y trabas que dificultan la incorporación de la empresa a una red de recursos de integración; por ejemplo, problemas burocráticos, administrativos y laborales.

En este caso contamos con un importante aliado que consiste en un número de medidas de apoyo y programas de los que pueden beneficiarse las empresas que decidan colaborar en la incorporación social y laboral de drogodependientes. Como ocurre en tantas ocasiones, es posible que estas medidas no sean bien conocidas por el sector

empresarial, por lo que el primer paso puede consistir en darlas a conocer. Pero teniendo en cuenta lo delicado del tema y las resistencias que puede despertar, quizá lo más indicado sea hacerlo de una manera personalizada sin descartar el contacto «puerta a puerta».

Una vez aceptada la idea de realizar una campaña de estas características solo habrá que resolver los aspectos técnicos de la misma: seleccionar las entidades a visitar, elaborar el catálogo de ayudas oficiales, formar mínimamente al personal que vaya a realizar las visitas, seleccionar el material divulgativo, diseñar los instrumentos de recogida de datos, tener previstos los procedimientos para reforzar positivamente a las entidades colaboradoras, por ejemplo, se puede elaborar un distintivo para las entidades y empresas que se adscriban a la red, diseñar la campaña de apoyo desde los medios de comunicación contando con la colaboración de líderes locales, políticos y asociaciones, adoptar un sistema de evaluación, etc.

Siguiendo con el orden de nuestra caja, a continuación tendríamos que proceder con los medios de comunicación. ¿Qué necesitan la radio local y la TV comunitaria para colaborar con nosotros en la promoción de una cultura de la inclusión en general, y en la campaña de fomento de la oferta de recursos para la incorporación social, en particular? De qué elementos informativos, motivadores y prácticos debemos disponer para hacer atractiva su participación. De igual manera procederíamos con los líderes locales, los servicios generales o el voluntariado, teniendo en cuenta la doble vertiente de este último grupo que ya hemos puesto de manifiesto (el voluntariado como colaborador de las iniciativas relacionadas con esta materia y como medio para mejorar la propia incorporación social).

En cierto modo la caja de herramientas también resulta útil para diagnosticar los recursos de que disponemos en cada una de las dimensiones (materiales informativos, elementos motivadores, medios prácticos) para cada uno de los sectores o recursos a los que nos dirigimos.

### **¿Qué podemos hacer para mejorar la demanda?**

Una de las características de la población drogodependiente con problemas de incorporación social es precisamente su falta de demandas (la única demanda que manifiestan suele estar relacionada con los recursos específicos o con el empleo). Son los propios drogodependien-

tes los que, por muy diversas razones, no se acercan a los recursos normales. Otro aspecto importante es que, en este caso, la demanda de los usuarios está mediada por los técnicos de los CTA donde están realizando tratamiento y por entidades sociales también específicas, por lo que siempre habrá que contar con ellos a la hora de analizar la demanda e influir sobre ella.

Para analizar la demanda debemos tener en cuenta al menos tres grupos de actores. El primero de ellos es el formado por los propios adictos que, como hemos dicho, no siempre mantienen una actitud activa respecto a su proceso de incorporación y consecuentemente no se acercan a los recursos que podrían facilitársela. Es muy importante que los propios interesados tomen conciencia de que el objetivo final de todo el proceso es ser un ciudadano autónomo de pleno derecho (tampoco deben olvidarlo los profesionales y las entidades sociales), adoptar una postura activa en el uso de los recursos y reclamar cuando crean que no se cumple el principio de igualdad.

En segundo lugar están los equipos de los CTA. La mayoría de las personas que inician un proceso de incorporación reglado se encuentran en situación de tratamiento, seguimiento o alta en un equipo de tratamiento. Aunque el usuario tome contacto directamente con algún recurso específico de incorporación, lo habitual es que el recurso se coordine con el centro de tratamiento. Lógicamente esto es así para los recursos específicos, no para los generales, salvo que contemplen alguna cláusula en relación con la población objeto del programa. Por ejemplo, algunos cursos de formación ocupacional o algunas medidas de fomento de empleo pueden tener entre sus prioridades atender a personas con especiales dificultades para su inclusión en el mercado de trabajo. En definitiva los equipos de tratamiento tienen gran importancia en el curso que seguirá el usuario. Pueden influir animándole a dar nuevos pasos para su incorporación, realizando una correcta derivación y ocupándose del seguimiento. Siguiendo con la terminología del mercado, los equipos de tratamiento son los grandes «proveedores» de usuarios para los recursos de incorporación. Otro proveedor de importancia creciente es el sistema judicial. Cada vez hay más personas en proceso de tratamiento o seguimiento en diversos recursos de la red de adicciones por orden judicial o como condición para su libertad.

En tercer lugar, desde la óptica local y comunitaria hay que contemplar a los servicios sociales como los mediadores entre oferta y demanda,

sin descartar que en ocasiones sean también recursos de destino. Incluso cuando la derivación entre el centro de tratamiento y el de incorporación sociolaboral se produce de forma automática porque pertenecen a la misma red o entidad, es deseable la participación de los servicios sociales comunitarios en dos sentidos: primero, para facilitar la reconexión con recursos comunitarios normalizados y con nuevas redes sociales, y segundo, para poder ejercer el papel de atención primaria en materia de incorporación. Digamos que cuando existen servicios específicos de incorporación sociolaboral para drogodependientes y adictos son perfectamente complementarios de los servicios sociales generales, y cuando en el territorio solo existen éstos últimos, tienen que intentar cubrir el mayor campo posible.

Pues bien, para mejorar la demanda habrá que pensar en medidas dirigidas a los tres actores principales: usuarios, proveedores y mediadores.

En este punto podemos volver a recurrir a la caja de herramientas con el fin de identificar cuales son las necesidades informativas, motivadoras y prácticas que debemos tener en cuenta con respecto a cada uno de estos grupos de actores en relación con las circunstancias locales.

Por nuestra parte nos limitaremos a realizar algunas consideraciones generales:

Como hemos dicho, conviene asegurarse de que todos comparten ciertas ideas sobre el concepto de incorporación empezando por los propios usuarios. El objetivo último consiste en que las personas en proceso de incorporación participen activamente en la vida social y cultural de su comunidad. La tarea no consiste exclusivamente en realizar correctamente un tratamiento o en la búsqueda de trabajo, aunque ambas cuestiones sean esenciales para el proceso. Conviene luchar contra la tendencia al aislacionismo, al gueto y a la delegación de todas las responsabilidades en los servicios especializados. Estos principios son válidos para cualquier política de lucha contra la exclusión social.

Por otra parte, en relación con los servicios sociales y los específicos de atención a las drogodependencias hay que reconocer que se parte de cierto desencuentro, tal y como se explicó en el apartado sobre la evolución histórica del fenómeno, por lo cual muchas de las medidas irán dirigidas a mejorar el conocimiento, la comunicación y la coor-

dinación entre ambos servicios. Ambos servicios deben conocer los presupuestos y la lógica interna de funcionamiento del otro.

Partiendo de que se trata de una acción comunitaria y de que los servicios sociales generales deben cubrir la función de atención primaria en materia de incorporación social en el territorio, sea cual sea el origen de la misma, la iniciativa les corresponderá a ellos. Tienen que hacer el esfuerzo de conocer cuáles son las necesidades de los centros de tratamiento, y no solo de los pacientes, para facilitar la coordinación. Los servicios sociales también deben garantizar la continuidad del tratamiento respetando los objetivos marcados por los responsables de los centros de tratamiento, trabajando en la línea de la complementariedad de objetivos, lo que en salud se denomina «continuidad de cuidados».

A los servicios específicos hay que ofrecerles medios prácticos de coordinación con los servicios sociales. Los profesionales de los servicios específicos deben disponer de procedimientos de derivación y seguimiento sencillos y confiables. Nunca hay que olvidar que ellos son los principales «proveedores» de usuarios.

A los usuarios hay que poder ofrecerles itinerarios claros y confiables que les lleven desde donde están hasta los recursos y, si es necesario, también acompañamiento o mediación de algún voluntario que haga de puente entre la persona y la asociación, la empresa o la entidad de que se trate en cada caso. Los usuarios deberán poder visualizar e incluso probar que los circuitos de derivación funcionan correctamente.

Resulta evidente que este trabajo no se pudo realizar más que en colaboración con los actores implicados. Solo conociendo las necesidades informativas, prácticas y motivacionales de los drogodependientes con dificultades de incorporación, de las personas que trabajan con ellos y de los servicios sociales del territorio, se podrán ofrecer respuestas realistas.



## 5.5 LA DIMENSIÓN MACROSOCIAL Y POLÍTICA

La posición más generalizada entre los autores que escriben sobre integración y exclusión desde una perspectiva social es la de que el propio funcionamiento del sistema produce zonas de exclusión físicas y sociales. No ponen el acento en las condiciones individuales de la exclusión sino en sus causas sociales. No obstante tampoco en este campo hay acuerdo sobre cuales son las causas últimas de la exclusión, aunque sí hay más consenso sobre la descripción de la situación e incluso sobre algunas alternativas. En el fondo algo muy parecido a lo que ocurre en los planos individual y microsocioal.

En este apartado vamos a describir los principales factores que producen o reproducen exclusión en nuestro país, así como las medidas que se pueden adoptar a este nivel para mejorar o corregir la situación.

Cuando hablamos de factores estructurales de la pobreza y la exclusión nos movemos en el plano macrosocioal y cuando lo hacemos sobre medidas correctivas o paliativas nos movemos en el terreno de la política. Así lo reconocen los enfoques preocupados por los determinantes sociales de la salud y las organizaciones socioprofesionales como las representadas por el Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en España.

Lo que se pretende ilustrar en este apartado es la importancia del nivel macrosocioal en la configuración de la inclusión/exclusión en un país como el nuestro. Es verdad que el libro esta dirigido fundamentalmente a técnicos que tienen que lidiar diariamente con personas concretas en contextos de riesgo o exclusión, para los que la visión macro queda un poco fuera del alcance de su trabajo cotidiano; pero lo consideramos importante por tres motivos: 1º) para disponer de una visión panorámica que contextualice el trabajo cotidiano, 2º) porque también los técnicos de primera línea necesitan empoderarse para influir en la política de nuestro país, 3º) porque también va dirigido a gestores y diseñadores de políticas sociales.

### ASPECTOS GENERALES DE LA POLÍTICA SOCIAL EN ESPAÑA

Podemos comenzar por destacar aspectos muy generales como el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) que nuestro país destina a

las políticas sociales en relación con los de nuestro entorno, aspecto estrechamente relacionado con la política fiscal.

En 2008 el porcentaje medio que los países de la Unión Europea destinaba a gasto social ascendía al 27,2 % del PIB, mientras que España solo llegaba al 20,8%. En cuanto a la eficacia de las transferencias sociales, el Consejo Económico y Social afirma que *la eficacia de las transferencias sociales en España para reducir el riesgo de pobreza es bastante menor que el promedio europeo. En 2009 lograron frenar la pobreza en un 20%, frente al 35% de la UE.* La propuesta del TSAS es la de alcanzar la inversión del 30% del PIB en política social durante la próxima década. En este punto hay que especificar que no se trata solo de crecimiento sino de distribución ya que, aún en periodos de bonanza, de ciclo económico alto, si no se corrigen determinados desequilibrios, estos pueden producir el efecto de ahondar las desigualdades.

La pobreza se correlaciona normalmente con la desigualdad y las sociedades más desiguales son las que presentan más exclusión y son más regresivas fiscalmente. El porcentaje de personas en el umbral de la pobreza en España no se ha modificado en los últimos quince años y ahora, con la crisis, ha aumentado.

Actualmente la pobreza relativa alcanza en España un porcentaje de 21% del total de la población tomando como referencia exclusivamente la renta. La tasa de pobreza extrema en 2006 comprendía entre el 2,6 % y el 3,9% de la población dependiendo de la definición utilizada, y 800.000 hogares estaban en exclusión severa según el informe FOESSA de 2008.

La estrategia europea 2020 se plantea un nuevo indicador agregado para medir el número de personas que viven en riesgo de exclusión o de pobreza. Está compuesto por tres factores:

**Renta. Población bajo el umbral de la pobreza.** Se consideran en riesgo de pobreza aquellas personas con renta por debajo del 60% de la renta media nacional.

**PMS. Privación material severa.** Agrupa a personas que viven en hogares que no pueden permitirse cuatro de estos nueve ítems seleccionados a nivel europeo: pagar el alquiler o una letra, mantener la casa caliente, afrontar gastos imprevistos, una comida de carne, pollo, pescado

o su equivalente vegetariano tres veces a la semana, vacaciones de una semana al año, lavadora, un coche, un televisor en color, un teléfono.

**BITH. Baja intensidad de trabajo por hogar.** Se calcula sumando el número de personas en edad de trabajar por hogar y dividiendo por los que efectivamente lo hacen y en qué proporción. En un hogar con dos personas en edad de trabajar y con solo una de ellas empleada a media jornada tendrían una intensidad de trabajo de 0.25, con los dos empleados a tiempo completo alcanzarían una cifra de 1. Se considera baja intensidad cuando la cifra es de 0 a 0.2.

Sumando los valores de los tres indicadores obtenemos el ERPE (Personas en Riesgo de Pobreza o Exclusión), AROPE en inglés. Desgraciadamente este indicador arroja una cifra aún mayor que la tradicional calculada exclusivamente a partir de la renta: 10.665.615 personas, un 23.4% de la población, y eso tomando como referencia datos de 2009. EAPN en la declaración final de su asamblea de 2011 habla ya de un 26,7% (EAPN, 2011) y, lamentablemente, el proceso no parece haberse frenado aún.

El crecimiento económico sostenido que hemos tenido en España durante más de quince años, no solamente no ha reducido las tasas de pobreza, tanto la relativa como la severa, sino que ha agravado las desigualdades entre el segmento más rico y el más pobre de la población. En España el 10% de la población más rica posee el 26% de la riqueza del país, mientras que el 10% más pobre solo el 2,6. En lo que se refiere a medidas de igualdad y pobreza el proceso de convergencia con Europa se ha detenido.

También debemos destacar los factores estructurales específicos que hacen menos eficiente nuestro sistema y aumentan el riesgo de reproducir los problemas.

Durante este largo período de bonanza económica, no se han abordado los problemas estructurales que están en la base misma de las desigualdades, a saber: desequilibrios demográficos; educación de poca calidad; mercado de trabajo con altas tasas de desempleo y poca cualificación; grandes niveles de desigualdad, tanto interterritoriales como intraterritoriales; así como un modelo económico en el que ha primado el crecimiento sobre el desarrollo y la cohesión social. Todos ellos serán tratados por separado a lo largo del capítulo.

En lo que se refiere a la posibilidad de mejorar los recursos para garantizar una política social adecuada, además de modificar la política fiscal para hacerla más progresiva (aproximándonos al deseado 30% del PIB en la próxima década), habría que contar con dos fenómenos particulares españoles cuya corrección no solo traería una sociedad más justa sino que además permitiría incrementar los recursos.

*En este sentido, el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (Gestha) recordó que el empleo sumergido viene favorecido por la existencia de dinero negro, e incidieron en que la economía sumergida en España mueve anualmente 245.000 millones de euros, esto es el 23,3% del PIB, de los cuales 161.000 millones proceden de la vertiente fiscal sumergida y el resto (82.000 millones) deriva del empleo irregular. (Europa Press, 29-04-2011)*

Dos tercios del total del fraude corresponde a las grandes empresas, el otro tercio a empresas pequeñas y los autónomos. Según Gestha del fraude estimado solo se inspecciona un 8%. Si se tomaran las medidas oportunas y, teniendo como referencia a nuestro entorno europeo, se podrían recaudar entre 25.000 y 36.000 millones suplementarios al año. Si además se aumentara el tipo impositivo de las grandes empresas, cuya facturación supera los 45 millones de euros anuales, del 30% al 35%, se recaudarían 14.000 millones adicionales, lo que sumaría una cantidad de 54.000 millones de euros.

## **CLAVES PARA UNA POLÍTICA DE INCLUSIÓN**

Veamos a continuación algunas de las propuestas de la *Estrategia Europa 2020*, ya que serán las que marcarán las políticas europeas y en gran medida las de España y sus comunidades autónomas.

Hay que remarcar que de entre las propuestas que vamos a detallar a continuación, tres de los cinco objetivos principales están estrechamente relacionados con la inclusión y la cohesión social. Veamos: el 75% de la población de entre 20 y 64 años debería estar empleada; el porcentaje de abandono escolar debería ser inferior al 10% y al menos el 40% de la generación más joven debería tener estudios superiores completos; el riesgo de pobreza debería amenazar a 20 millones menos de personas. Además, una de las siete *iniciativas emblemáticas* para alcanzar estos objetivos es precisamente la creación de una Plataforma europea con-

tra la pobreza que permita garantizar la cohesión social y territorial. Otra de las iniciativas es la creación de una Agenda de nuevas cualificaciones y empleos para modernizar los mercados laborales y potenciar la autonomía de las personas mediante el desarrollo de capacidades a lo largo de la vida, adecuando así la oferta con la demanda de trabajo.

Los importantes y ambiciosos objetivos políticos en el plano educativo, laboral y de reducción de la pobreza necesitan unos mecanismos y unos recursos adecuados para poder ser desarrollados. Lo ideal sería contar con un gran pacto de estado que situara la lucha contra la pobreza y la exclusión en el centro de la agenda social. Un pacto de estado que diera lugar a un Plan de inclusión transversal e integrado (más allá de los servicios sociales). Una estrategia que desarrolle los objetivos de la agenda 2020 adaptándolos a la realidad española.

En nuestro caso es muy importante poner el acento en invertir las tendencias estructurales generadoras de exclusión.

Estas tendencias han sido resumidas por el TSAS en seis grandes retos: demográficos, asociados a la educación, asociados al mercado de trabajo, a la cohesión territorial, a la distribución espacial de la pobreza y a las políticas sociales y de protección social.

## **LOS RETOS DEMOGRÁFICOS**

La pobreza en España se polariza en la población infantil y en los mayores, una circunstancia que está influida por factores demográficos y de cambios en el tejido social. Pero también está afectando de forma importante a los jóvenes. Por una parte la población anciana va en aumento y por otra se prevé una reducción de la población activa potencial. Además la falta de oportunidades de las personas jóvenes está influyendo muy negativamente sobre el futuro. Acceden tarde al mercado de trabajo y se emancipan cuando ya son adultos por la carestía de las viviendas. Ambas cuestiones influyen en la falta de autonomía personal y en la tasa de fertilidad que ha ido disminuyendo. Esto se agrava por el hecho de que las parejas jóvenes cada vez retrasan más su maternidad/paternidad. Todo lo cual produce una baja tasa de natalidad y agrava el riesgo de transmisión intergeneracional de la pobreza relativa.

Las bajas tasas de fertilidad también están relacionadas con nuevas

expresiones de desigualdades de género en el mercado de trabajo que hacen difícil la conciliación de la vida laboral y familiar. De hecho existe una penalización de la reproducción y un porcentaje de empleo precario para las mujeres superior al de los hombres.

Según el TSAS es necesario aumentar y mejorar la presencia, la calidad y las condiciones de trabajo de las mujeres en el mercado laboral; transformar el proceso de jubilación y desarrollar una política migratoria más proactiva de acuerdo con las necesidades demográficas y del mercado de trabajo.

En un periodo de 15 años nuestro país ha situado el porcentaje de población de origen inmigrante en más del 12%. La influencia demográfica de la población inmigrante ha sido muy importante por su relación con el incremento de la tasa de natalidad y por su aportación al PIB y al mercado laboral. Pero en la actualidad la crisis está siendo particularmente dura con esta población.

La inmigración es consecuencia de los desequilibrios demográficos y es una de las vías para hacer frente a esos desequilibrios, pero el déficit de población joven cualificada al que se enfrentará España en el futuro no se soluciona con un modelo migratorio como el actual. Hay que contar con una inmigración más cualificada y más adaptada a las necesidades del mercado de trabajo español. Hay que desarrollar medidas que mejoren las posibilidades de integración y de progreso profesional de los inmigrantes.

La drogodependencia influye negativamente en todos los supuestos que hemos mencionado. Dificulta el acceso al mercado de trabajo, precariza el empleo, en determinados casos puede ser motivo de despido y en un porcentaje importante de casos ha hecho que se retrase mucho más el periodo de emancipación, si es que se consigue. Porque en un porcentaje de casos de larga evolución (los de la llamada «epidemia de heroína») los drogodependientes han pasado de ser cuidados por su familia de origen, a ser cuidadores de sus padres dependientes y/o enfermos, sin pasar casi por el mercado laboral o habiéndolo hecho de forma intermitente y precaria. Ni que decir tiene que cuando los problemas de drogodependencias se añaden a los de la inmigración y/o a los de género las cosas se complican extraordinariamente (Castaño, V., 2008, 2009, 2009).

## LOS RETOS EN EDUCACIÓN

Nuestro país presenta altas tasas de fracaso escolar, absentismo y abandono escolar con tremendas consecuencias en términos de cohesión, participación y comportamiento social. La educación es uno de los factores más influyentes en la exclusión o inclusión de las personas. La relación con el riesgo de pobreza es bien conocido: la tasa de pobreza entre personas con estudios primarios o sin ellos es del 29%, la de personas con estudios secundarios de 13% y la de los que poseen estudios terciarios del 8%. Los altos niveles de fracaso escolar (31% en 2009 en España, 14% de media en Europa) no son compensados con una mayor inversión en educación. El porcentaje del PIB dedicado a educación en España es del 4.25, mientras que la media europea se sitúa en el 5.3%. Además se acentúan los procesos de segregación educativa, particularmente entre los inmigrantes y la dualización entre enseñanza concertada/privada y pública.

La escasa formación profesional, útil durante la época de la especulación inmobiliaria, hoy influye negativamente en el mercado de trabajo. Se produce un círculo vicioso entre empleo de poca calidad que produce pocas expectativas de mejorar los niveles educativos que a su vez conducen al empleo de poca calidad.

También en el nivel universitario hay problemas, ya que hay una tasa de abandono del 28% y un ineficaz aprovechamiento. El 70% de los estudiantes dedica dos años más de los previstos a cursar sus estudios, estimándose su coste en 3.300 millones de euros anuales.

Por tanto es imprescindible mejorar la calidad de la enseñanza y reducir las desigualdades en educación. Para ello es necesario invertir en la enseñanza pública, particularmente en los centros más necesitados y en las etapas más tempranas, reducir el fracaso escolar y poner en marcha más programas compensatorios (programas de inclusión educativa de personas con discapacidad cuyos niveles están por debajo de la media y de lucha contra el abandono escolar que en los hijos de inmigrantes llega al 44% y en los gitanos al 80%). Estrechar los lazos entre educación y servicios sociales. Prestar especial atención a la conexión entre la etapa obligatoria y la postobligatoria sobre todo en relación con la formación profesional. Adoptar una política que favorezca la formación a lo largo de la vida. Incrementar el presupuesto hasta situarlo en la media europea del 5.3%.

Entre la población drogodependiente atendida en los servicios específicos cuyos datos son recogidos sistemáticamente por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías SEIT, se dan altas tasas de abandono escolar y bajos niveles de estudio en comparación con la población general de la misma edad (el 44% de los admitidos a tratamiento en 2007 no habían concluido ninguna etapa de la enseñanza secundaria).

## EL MERCADO DE TRABAJO

Existe una estrecha relación entre desempleo y riesgo de pobreza. La tasa de la pobreza relativa de las personas empleadas es del 10.6%, la de las desempleadas del 37.5% y la de las jubiladas del 21.6%. El desempleo estructural se concentra exageradamente en la población joven menor de 30 años (42% en los menores de 25 años) y en la población mayor de 55. Con la crisis aumenta el desempleo, el empleo temporal, el desempleo de larga duración, el número de hogares con todos sus miembros en paro (1.308.000), y el de los hogares sin ningún ingreso (260.000).

El mercado de trabajo español presenta determinadas debilidades entre las que destaca el hecho de estar demasiado apoyado en la precariedad y demasiado poco en la competitividad externa. Otras debilidades son las siguientes:

- Brecha entre oferta y demanda con cualificaciones desajustadas. Hay jóvenes con poca formación profesional a la vez que un 44% de jóvenes universitarios están trabajando en empleos por debajo de su cualificación.
- Empleo cíclico.
- Dualización salarial. Pocos cobran mucho y muchos cobran poco.
- Alta tasa de temporalidad (24.9%) que implica precariedad e inseguridad. Esta situación afecta especialmente a las mujeres, a la población joven e inmigrante, a personas con discapacidad y también a personas con problemas relacionados con las drogodependencias.
- Una economía sumergida o informal con unas tasas muy altas y en aumento como consecuencia de la crisis.
- Un mercado con insuficiente creación de valor, por todas las razones mencionadas.
- El *boom* de la construcción ha dejado algunas secuelas que



van a ser difíciles de metabolizar. El empleo poco cualificado que se creó durante la fase expansiva de la construcción y que está actualmente en paro, va ser difícil de recuperar y reconvertir en empleo de calidad con mayor cualificación.

La construcción de tanta vivienda privada ha dejado en un papel muy marginal la vivienda social y pública. Tenemos un parque de viviendas privadas construidas sin vender y sobrevaloradas (y vendidas sin que se puedan pagar) que ha creado problemas a bancos y a particulares. Al mismo tiempo, no disponemos de viviendas asequibles para que las nuevas generaciones se puedan emancipar.

## LA COHESIÓN TERRITORIAL

La dimensión territorial de las desigualdades y de la pobreza en España es un factor clave a tomar en cuenta en las estrategias de inclusión a desarrollar en la próxima década.

Los desequilibrios interterritoriales llegan al extremo de duplicar la renta per cápita de unas comunidades autónomas con respecto a otras como son los casos del País Vasco o Madrid respecto a los de Andalucía o Extremadura. En 2008 el País Vasco disfrutaba de una renta per cápita de 32.133 euros, mientras que Extremadura llegaba a 16.828. Además se viene observando un incremento de las diferencias en términos de renta durante los últimos quince años.

Estos desequilibrios influyen lógicamente en la oferta de determinados servicios, en la cobertura de determinadas prestaciones, en el coste de la vida, en la tasa de pobreza relativa, etc.

En cuanto a los desequilibrios intraterritoriales (dentro de las CCAA) no solo no se reducen sino que se produce una «concentración espacial de la pobreza». Además del eje rural-urbano hay que tener en cuenta factores como ubicación, vías de comunicación, polos de desarrollo, demografía, etc. que han dado lugar a nuevas áreas de marginación (aislamiento geográfico de poblaciones vulnerables, bolsas de exclusión, focos de conflicto social).

Todas estas circunstancias se ven muy influidas por la falta de viviendas sociales y de determinados servicios, así como por el conjunto de medidas dirigidas a la cohesión intraterritorial que haya adoptado

cada comunidad autónoma, como por ejemplo la política de rentas mínimas que ha contribuido a limitar el impacto del paro allí donde tiene una buena cobertura.

Hoy por hoy la mayor parte de las medidas destinadas a luchar contra la pobreza está en manos de las CCAA siendo muy desigual el grado de desarrollo de unas a otras.

Hay que mejorar las transferencias de la protección social para hacerlas llegar a los sectores más necesitados y hacerlo de una manera homogénea para todo el territorio nacional garantizando unos mínimos, sin menoscabo de las competencias propias de cada comunidad.

## **LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBREZA**

Lo urbano tiene cada vez más peso en la configuración espacial de la pobreza. Determinados barrios, determinados enclaves, constituyen algunos de los principales focos de la pobreza.

Es cierto que la mayor concentración de hogares bajo el umbral de la pobreza se da en el medio rural, pero la pobreza más grave (la pobreza severa) alcanza mayor intensidad en zonas urbanas.

La pobreza en las zonas urbanas presenta unas características particulares. Se trata de una pobreza más joven tanto por la edad media de sus habitantes como por el porcentaje de niños. Se producen altos niveles de fracaso escolar, una menor incorporación laboral y una mayor presencia de problemas relacionados con las drogodependencias, la violencia, el abuso de alcohol, los malos tratos, etc. El entorno físico en el que se produce la pobreza urbana tiende a tener menor calidad, menor número de servicios o más deteriorados.

Precisamente en periodos de crisis como el actual existe un mayor riesgo de deterioro de determinados barrios en las ciudades, provocado por el recorte de servicios y de programas de mantenimiento. La falta de un entorno adecuado influye no solo en la calidad de vida de las personas si no también en las posibilidades de progreso que tienen estos núcleos urbanos. Existe un riesgo mayor de emergencia de «barrios en crisis» en los que se concentran los problemas. En un contexto en el que priman los planteamientos relacionados con la seguridad, se corre

el riesgo de que estos barrios y sus habitantes sean estigmatizados, siendo considerados como los causantes de los problemas y los culpables de situaciones de las que, en realidad, son víctimas.

## **LAS POLÍTICAS SOCIALES Y LA PROTECCIÓN SOCIAL**

Las transferencias sociales a través de prestaciones contributivas y no contributivas, junto al resto de sistemas de subsidios, rentas y garantías de ingresos cumplen un papel imprescindible pero insuficiente para proteger de la pobreza. Para hacernos una idea de su importancia debemos prestar atención a las siguientes cifras: antes de la aplicación de todas las transferencias sociales las tasas de pobreza serían de 41.3% y solo con las transferencias de las pensiones se situarían en el 25%.

La exclusión residencial se manifiesta en la incapacidad para resolver las necesidades de vivienda y de habitabilidad de determinados sectores de población. El chabolismo sigue siendo un problema que afecta a determinados grupos de población como inmigrantes o gitanos. La carestía de la vivienda y la especulación que se ha producido en torno a ella han hecho que los grupos menos solventes no puedan resolver sus necesidades residenciales. Entre los colectivos más pobres, la tasa de esfuerzo que supone la vivienda resulta muy alta respecto a la población con recursos normalizados, un hecho que aumenta la precariedad diferencial de los colectivos desfavorecidos.

En cuanto a la salud se puede afirmar que la esperanza de vida entre los grupos más pobres y más ricos de Europa difiere en diez años para el caso de los hombres y seis para el de las mujeres. Las desigualdades se concentran principalmente en los grupos más vulnerables como la infancia, las personas mayores, las que presentan alguna discapacidad y las minorías étnicas como la gitana. En estos grupos se añaden, además, problemas de información, discriminación, acceso a los servicios y barreras culturales.

Un sector de la población drogodependiente se ve afectado por los problemas relacionados con la vivienda y la dificultad de emancipación. En cuanto a salud la propia drogodependencia y algunos de los problemas que lleva aparejados se convierten en factores de riesgo y vulnerabilidad. Aunque progresivamente va aumentando el envejecimiento de personas

con drogodependencias de larga evolución, no cabe duda de que las adicciones influyen negativamente sobre sus expectativas de vida.

La incorporación social de personas excluidas, la protección y apoyo social a las personas en situación de pobreza o marginación, son objetivos que caen de lleno dentro de las funciones de los servicios sociales. Estos servicios han experimentado un enorme desarrollo a nivel nacional contribuyendo a la consolidación del llamado Estado del Bienestar del que disfruta España. Pero hay que reconocer que el desarrollo no ha sido homogéneo ni equilibrado. Existe un desarrollo desigual dependiendo del territorio del que se trate y también dependiendo de la prestación o servicio del que hablemos. Desgraciadamente la tendencia actual es a aumentar las desigualdades entre regiones en asuntos tales como pensiones, políticas de rentas mínimas, sistemas de dependencia, etc. Habría que hacer un esfuerzo por homogeneizar, por acordar unos mínimos y consecuentemente habría que desarrollar una política compensatoria entre territorios si queremos alcanzar el objetivo de que el bienestar social esté por encima del territorio.

Respecto a la atención que reciben las personas con drogodependencias de los servicios sociales generales ya hemos hablado en el apartado dedicado a la evolución histórica. Aunque las circunstancias varían mucho de un lugar a otro, el desencuentro entre los servicios específicos de drogodependencias y los servicios sociales generales no ha beneficiado al colectivo a la hora de acceder a los recursos más generales y normalizadores. Por otra parte hay que reconocer que muchas personas con una drogodependencia de larga evolución van haciéndose acreedoras de diversos tipos de prestaciones y subsidios (minusvalías, pensiones no contributivas, por dependencia, etc.)

Respecto a los programas de apoyo a las familias se observa un déficit notable, siendo en su mayoría puntuales y discontinuos. No parecen haber tenido en cuenta las perspectivas demográficas y los grupos de población que más necesidades tienen (donde se concentra la pobreza infantil).

Muchas familias con un padre drogodependiente de larga evolución y en tratamiento podrían beneficiarse de medidas dirigidas a las familias, particularmente a los niños que con frecuencia han vivido situaciones difíciles.

Una de las limitaciones de los planes de lucha contra la pobreza es su

incapacidad para organizar y garantizar una política de ingresos mínimos. Es necesario contar con una mejor articulación de los sistemas de protección social de mínimos desde una perspectiva nacional: subsidio de desempleo, renta activa de inserción, rentas mínimas, etc. En definitiva los programas de lucha contra la pobreza deberían estar mejor estructurados y tener un horizonte de largo plazo, para lo cual necesitarían, entre otras cosas, un mejor sistema de información nacional.

## **ALGUNAS CONCLUSIONES**

Por una parte están todas las medidas relativas a propiciar un aumento y redistribución de los recursos destinados a las políticas sociales pasando a considerarlas como una inversión más que como un gasto, y por otra parte, están las medidas relativas a mejorar los sistemas de atención y protección. Hay que ordenar el sector, coordinar políticas, delimitar competencias, determinar servicios y prestaciones mínimas para todo el territorio nacional, mejorar los sistemas de información y diseñar políticas de largo plazo, situando las necesidades sociales en el centro de la agenda política.

Respecto a la conveniencia de políticas específicas o generales, las políticas sociales tienen que combinar la universalidad y la especificidad. Han de ir dirigidas a la población general y ser accesibles a los ciudadanos que por sus características suelen quedar excluidos. Se trata de desarrollar servicios públicos universales de calidad dirigidos a la reducción de las desigualdades. En la práctica el acceso a determinados programas puede ser parcial, pero el derecho a la atención y a las prestaciones tiene que ser potencialmente universal.

En relación con las políticas de incorporación sociolaboral de las drogodependencias conviene recordar que las adicciones constituyen un factor de riesgo indudable respecto a la integración social y pueden acabar determinando situaciones de exclusión. Además pueden sumarse a otros factores de riesgo o vulnerabilidad (con frecuencia lo hacen) como bajos niveles de formación, desempleo, enfermedades físicas y psíquicas o reclusión penitenciaria. Pero ¿quiere eso decir que es necesario disponer de una política específica y sectorial para la incorporación social de drogodependientes y adictos?

La verdad es que albergamos serias dudas sobre la oportunidad de

realizar un enfoque específico para la incorporación sociolaboral del sector de las drogodependencias y adicciones. Por una parte es cierto que la incorporación social de las adicciones posee ciertas particularidades que conviene tener en cuenta y atender adecuadamente, pero también lo es que se beneficiarían de una política general de inclusión. En lo que se refiere a la metodología de trabajo, la que hemos defendido a lo largo del texto (IPI+acompañamiento) puede adaptarse perfectamente a distintos tipos de personas y situaciones.

En el nivel técnico la especialización profesional siempre es bienvenida. Es bueno que haya expertos en distintos aspectos relacionados con la incorporación social, como es deseable que haya especialización en salud, pero eso no quiere decir que la política tenga que ser necesariamente sectorial. Según la TSAS *las políticas de inclusión han de ser planteadas de modo transversal y con perspectiva global; no son políticas de los servicios sociales, sino que han de afectar al conjunto de las políticas sociales y formar parte del núcleo de la política económica.*

**NOTA:** No quisiéramos depender excesivamente de las cifras absolutas cuando no indican tendencias, ya que pueden quedar obsoletas en muy poco tiempo. El libro tiene más vocación de manual que de informe de actualidad, y por tanto aspira a una vida media mayor que el tiempo que tardan en cambiar las cifras, particularmente en época de crisis. Afortunadamente hoy día las fuentes actualizadas son muy accesibles y cualquiera con cierto interés puede actualizar las cifras a través de Internet.

## 6 Una reflexión y nueve conclusiones

La dialéctica entre autonomía y dependencia es una dinámica que atraviesa la vida de todas las personas. Necesitamos de los demás y necesitamos ser nosotros mismos. Todos tenemos que establecer un equilibrio dinámico entre ambas necesidades en cada etapa de la vida. Necesitamos ser autónomos para sentirnos libres pero, a su vez, la dependencia puede ofrecer seguridad y ciertos beneficios secundarios derivados de no asumir la responsabilidad de tomar determinadas decisiones.

Somos dependientes durante nuestros primeros años, es probable que lo seamos durante los últimos y, seguramente, lo seremos en algún otro tramo de nuestra vida. La posibilidad de la dependencia siempre está presente en nuestras relaciones aunque sea de manera latente. Pero convertirse en adulto significa alcanzar cierto grado de autonomía. Solo desde ella se pueden establecer relaciones basadas en la cooperación, la colaboración y la negociación que implican un modo de satisfacer necesidades entre iguales, entre personas libres y responsables.

Las adicciones son, entre otras cosas, una exageración de nuestras inclinaciones por la dependencia y la seguridad. Son patológicas, pero nos recuerdan a todos nuestra particular batalla entre libertad y seguridad, nuestro delicado equilibrio, nunca concluido, entre autonomía y dependencia.

La dependencia y la autonomía juegan un papel fundamental en todas las situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social, también en el proceso de intentar superarlas, así como en el tipo de relación que se establece entre el profesional y el cliente o usuario. Contrariamente a la relación de dependencia que establecen algunas agencias sociales con sus usuarios, el *coaching*, el acompañamiento, la terapia rogeriana, el *empowerment* y el enfoque sistémico proponen tratar al asistido como un experto de sí mismo, reservando para el profesional el papel de consultor o asesor.

Los profesionales de las adicciones podemos aportar nuestra experiencia en este campo. Superar una drogodependencia o una adicción va más allá de librarse de la tiranía de una sustancia o de un comportamiento repetitivo, implica un proceso de crecimiento personal que amplía la consciencia de uno mismo y aumenta las posibilidades de elección. Hace a las personas más libres y más responsables.



## CONCLUSIONES

1º) Actualmente se puede afirmar que el sistema de atención a las personas con problemas derivados del consumo de drogas o adicciones cubre la demanda nacional y mantiene un nivel más que aceptable. Si no se ve comprometida en los próximos años por recortes presupuestarios (algo que ya ha comenzado a ocurrir con el cierre de determinados programas y servicios) debería concentrar su atención en aspectos tales como la detección precoz y la integración sociolaboral.

2º) La metodología de integración sociolaboral de drogodependientes y adictos (acompañamiento + IPI) ha avanzado mucho en la última década dando lugar a cierto consenso sobre lo que se pueden considerar «buenas prácticas» en el sector. La parte que queda por acometer no corresponde tanto a los profesionales como a los responsables de la ordenación de los servicios.

3º) Existe un amplio consenso sobre la necesidad de completar y ordenar el sistema nacional de protección social. Actualmente la cobertura es muy diferente dependiendo de cada comunidad autónoma. Hay que avanzar en la homologación de las prestaciones básicas y en el reconocimiento de los derechos subjetivos. Por otra parte, también hay que organizar y ordenar las competencias limítrofes entre servicios de empleo, sociales y de incorporación de adictos. Eso por no hablar de la ubicación definitiva de los servicios de atención a las drogodependencias en salud mental, como recomienda la Comisión Mixta del Congreso-Senado, siempre que eso no implique sacrificar definitivamente su vertiente psicosocial.

4º) Es posible avanzar en la línea de promoción de la integración y de prevención de la exclusión, tanto mediante el desarrollo de políticas específicas sobre drogodependencias como a través de la participación en políticas más generales de inclusión social. Mientras no se supere cierta concepción de la exclusión basada en «colectivos» habrá que seguir prestando atención a las dos líneas de trabajo aunque sea por motivos puramente prácticos.

5º) Las políticas de promoción de la salud, más particularmente las basadas en determinantes sociales de la salud, y las políticas de promoción de la integración social no solo son compatibles y complementarias sino que en muchos casos persiguen los mismos objetivos.

Tras consultar la multitud de estudios que dieron lugar a la elaboración del documento *Determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*, elaborado por el Centro para la Salud Urbana de la Oficina Regional de OMS para Europa, sus coordinadores, Richard Wilkinson y Michael Marmot, concluyeron que si se combina la economía, la sociología y la psicología, con la medicina y la neurobiología podría parecer como si todo dependiera en gran medida de comprender la interacción entre las desventajas materiales y sus implicaciones sociales.

Un objetivo a corto plazo sería facilitar el acercamiento entre el sector de la salud y el de la integración para que dejen de ignorarse por motivos relacionados con la especialización y las rigideces político/administrativas.

6º) Hay que avanzar en el conocimiento científico de factores de protección (activos para la integración), de factores de riesgo y de factores precipitantes o catalizadores. Y hay que hacerlo en todos sus niveles: individual, de red social, comunitario y macrosocial, para poder implementar programas realistas en cada uno de ellos. Paralelamente hay que avanzar en la comprensión de los elementos estructurales que producen y reproducen los factores de exclusión en nuestro país.

7º) Hay que fomentar la transferencia de conocimientos teóricos y prácticos entre los distintos subsectores (los mal llamados colectivos) en relación con el objetivo común de la integración. En ese sentido el subsector de las adicciones puede aportar su dilatada experiencia en luchar contra la dependencia en sus más variadas expresiones: como rasgo de personalidad, como estilo de vinculación, como modo de sostener las relaciones en el tiempo, como enganche a un comportamiento o sustancia, como forma de alienación y sumisión, y, en el sentido contrario, como forma de desarrollar una mayor autonomía y autodeterminación. La experiencia de trabajo en (drogo)dependencias puede ser muy útil en los más diversos programas de rehabilitación: personas con discapacidades físicas y psíquicas, mujeres maltratadas, personas con problemas de salud mental, personas sin hogar, porque en todas ellas está presente la dinámica autonomía/dependencia.

8º) El sector debe comprometerse en una lucha política por la inclusión y contra la exclusión, para lo cual tanto los profesionales como los usuarios tendrán que realizar un análisis crítico de su posición en el tablero del juego social. La participación es un elemento clave de

ese proceso para todos: para usuarios, para profesionales y para los que diseñan las políticas. Conviene recordar que el análisis crítico y la participación son elementos imprescindibles para la emancipación tanto a nivel individual como colectivo.

9º) Hay que poner de manifiesto las consecuencias nefastas de la privación material pero también de otras privaciones relacionadas con la dimensión social del ser humano como la necesidad de sentirnos valorados, acompañados y queridos desde pequeños hasta la ancianidad. No solo la pobreza, el desempleo y la marginación social son relevantes, también lo es su significado social. Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más «sociables», necesitamos ciudades más habitables, necesitamos sentirnos útiles, necesitamos un cierto nivel de control sobre nuestro trabajo y nuestro entorno. Necesitamos sentirnos autores de nuestras vidas, no solo víctimas de las circunstancias. Sin todo ello, nos volvemos más propensos a la depresión, al uso de las drogas, a la ansiedad, la hostilidad y a la desesperación, lo cual repercute a la vez en la salud física (MSC, 2006).



# Bibliografía

ABEIJON, J. *Los sistemas en la demanda del toxicómano*, en “Comunidad y drogas”, monografía nº 1, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

ALVIRA, F. *Guía para la elaboración de planes locales de prevención de las drogodependencias*, Madrid, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2001.

ANDER-EEG, E. y AGUILAR, M. *Cómo elaborar un proyecto*, Madrid, ICESA, 1997.

ARRANZ, S. *Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción*. REDES. Revista hispana para el estudio de redes sociales. Volumen 18. 7, junio, 2010.

ARZA, J. *Redes para el tiempo libre: Otra forma de moverte*, en Revista de Estudios de Juventud nº50, Injuve, 2000.

BÁREZ CAMBRONERO, F. J. *Emoción y exclusión social una relación al descubierto. Una investigación sociológica sobre el impacto de las emociones en los procesos de exclusión e inclusión social*. <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0> , 2010.

BANDURA, A. *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En Bandura, A. (Ed.), “Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual”. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.

BARRIGA, S. *La intervención psicosocial*, Barcelona, Hora, 1987.

BARRIGA, S. *Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social*, Sevilla, Sedal, 1990.

BARRIGA MARTÍN, L.A., PEREZ MULET, E. *Guía sobre drogodependencias para responsables municipales*, Valladolid, Exma. Diputación Provincial de Valladolid, 1996.

BECOÑA, E. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. SOCIDROGALCOHOL. Valencia, 2011.

BEL, C. *Exclusión social, origen y características. Curso sobre Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes*

*Educativos*. Murcia, 2002.

BERICAT, E. *Sociología de la emoción y la emoción en sociología*. Papers, 62, 2000. p 145-176.

BOWLBY, J. *El vínculo afectivo*. Barcelona, Paidós, 1993.

BOWLBY, J. *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Paidós, 1980.

BREHM, P. *A Theory of psychological reactance*, Nueva York, Academic Press, 1966.

BRUNNER, J. *Competencias de empleabilidad*, 2001.

BUELGA, S. *El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria*. En Gil, M., *Psicología social y bienestar; una aproximación interdisciplinaria* (154-163) Universidad de Zaragoza, 2007.

BUENO CAMPOS, E. *El enfoque estratégico de la dirección de empresas*, Madrid, Pirámide, 1993.

CABRERA, P. *Un techo y un futuro: Buenas prácticas de Intervención social con personas sin Hogar*. Barcelona, Icaria, 2003.

CARRON, J y SANCHEZ, L. *Los servicios sociales y la atención a los drogodependientes*, Madrid, GID, 1995.

CASTANYER, M. y otros. *Servicios sociales y drogodependencias*, Madrid, Ministerio del Interior, PND, 1998.

CASTAÑO, V. *La brecha de género en la incorporación sociolaboral de mujeres adictas en tratamiento*. Madrid. Fundación Atenea, 2008.

CASTAÑO, V. *Prevención de drogodependencias en población inmigrante*. Madrid. Fundación Atenea, 2009.

CASTAÑO, V. *Atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Madrid, Fundación Atenea, 2009.

CASTILLA DEL PINO C. *Teoría de los sentimientos*. Barcelona, Tusquets, 2000.

CASTILLO, A. *Programa de prevención comunitaria "Ciudades sin Drogas"*, Sevilla, Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, 1997.

CAMACHO, J.A., CASTILLO, A.J., y MONGE, I. *Alternativas y propuestas de incorporación social en drogodependencias*, Sevilla, Comisionado para la droga, 2000.

CAMACHO, J.A., CASTILLO, A.J., y MONGE, I. *Prospectiva y realidad de la incorporación social sobre Drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga, 2000.

CERMI. *Discapacidad y exclusión social en la Unión europea*. Madrid. CERMI, 2003.

CIOMPI, L. *Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. V27, Madrid, 2007.

COLETTI, M. *Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias en Comunidad y Drogas*, monografía nº1. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PND, 1987.

COMAS, D. *Las Drogas en la Sociedad Española*, en GINER, S. (Coord.) "España: Sociedad y política". Madrid, Espasa Calpe, 1990.

COMAS, D. *Las drogas. Guía para mediadores juveniles*, Madrid, Injuve, 1992.

COMAS, D. *La familia española y las drogas: Una perspectiva generacional*, Transcripción adaptada y corregida por el autor. Primer Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre en Vitoria, 18 de noviembre de 1994.

COMAS, D. *Exclusión social y adicciones: condensando sinergias negativas*, en Revista de Occidente nº 215, 1999.

COMAS, D., y RAMÍREZ DE ARELLANO, A. *La integración social de*



*adictos en la provincia de Huelva*. Madrid, GID, 2004.

COMAS, D., y RAMÍREZ DE ARELLANO, A. *La integración social de adictos en Extremadura*. Madrid, GID, 2004.

COMISIÓN EUROPEA. *Europa 2020 una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*. Bruselas. COM, 2010.

COMISIÓN MIXTA DEL CONGRESO-SENADO SOBRE ADICCIONES. Ponencia: *Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia*. Claves para el Futuro, mayo de 2011.

COSTA, M., y LOPEZ, L. *Salud comunitaria*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.

COULOMBE, M. *¿Es posible la prevención sin recursos de apoyo? en "Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas"*, Vitoria-Gasteiz, Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *La integración sociolaboral de personas drogodependientes*. Madrid, CRE, 2002.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Jornadas estatales de empleo*. Almería, noviembre 2006.

DÍEZ GARCÍA, R. Y GONZÁLEZ, C. *Personas drogodependientes tras su estancia en prisión. Mecanismos de inserción*. Madrid. Red Araña, 2009.

DIPUTACIÓN DE HUELVA. *Estudio sobre la Exclusión Social en la provincia de Huelva*. Diputación Provincial de Huelva, 2002.

DOMINGUEZ, R. *Redes e inclusión social*. Madrid. Ayuntamiento de Parla, 2004.

EAPN. *Propuestas para una estrategia de inclusión social en España 2020*. Madrid, EAPN, 2010.

EAPN. *Las cifras de pobreza y exclusión en España de cara a Europa 2020*. Madrid, 2011.

EAPN. *Declaración final de la asamblea EAPN-ES, 2011.*

ESIC (Escuela Superior de Gestión Comercial y Márketin). *Calidad en el servicio de drogodependencia* (curso), Huelva, Exma. Diputación Provincial de Huelva, 2001.

ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008. Real Decreto 1911/1999, de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008. Madrid, 1999.

FAMP. Red Andaluza de Ciudades Saludables, Sevilla, FAMP, 1995.

FEDERACIÓN SARTU. *Tendencias sociales e inserción social*. SARTU, 2010.

FOESSA. *El primer impacto de la crisis en la cohesión social de España*. Madrid, Cáritas, 2010.

FOUCAULT, M. *Un diálogo sobre el poder*. Barcelona, Altaya, 1994.

FROMM, E. *Ética y psicoanálisis*. México, Fondo de Cultura Económica, 1980.

FUNES, J. *Razones para el abordaje de las toxicomanías en el ámbito local*. Jornadas sobre municipi i drogues, Barcelona, 1984.

FUNES, J. *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PND, 1991.

FUNES, J. *Incorporación social de las personas con problemas de drogas: una revisión conceptual y metodológica pensando en la atención primaria*. Pamplona, Plan Foral de Drogodependencias, 1995.

FUNDACIÓN ATENEA. *Buenas prácticas para la reinserción laboral de población en situación de vulnerabilidad social en Mérida*. Madrid, Fundación Atenea, 2010.

FUNDACIÓN LUIS VIVES. *Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social*. Madrid, FLV, 2007.

FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO. *Guía de sensibilización para*

- la inclusión social de la comunidad gitana*. Madrid. FSG, 2002.
- GID. *La coordinación institucional*. Madrid, Fundamentos, 1991.
- GID. *La evaluación en drogodependencias I y II*. Toledo, GID, 1994.
- GID. *Los programas de integración social de drogodependientes*. Madrid, GID, 1995.
- GID. *La reducción de riesgos como meta global*, Madrid, GID, 1997.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Programa Nacional de Reformas*. Madrid, 2011.
- GOLEMAN, D. *Inteligencia Emocional*. Barcelona, Kairós, 1997.
- GRUPO ESCOCÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *La Escuela Promotora de Salud*, Síntesis del informe realizado para la OMS, 1989.
- HALEY, J. *Terapia para resolver problemas*, Madrid, Amorrortu, 1980.
- HERNAN, M., y LINEROS, C. *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. Revista Fundesfam. n2.v2 Enero, 2010.
- JUNTA DE ANDALUCÍA. *Programa de intervención en centros de día de Andalucía*. Sevilla. Junta de Andalucía, 2005.
- MAGRÍ, N. *Trabajar juntos, pero... Una propuesta metodológica de intervención en el municipio*, Barcelona, Grup Igia, 1989.
- MARINA, J.A. *El laberinto sentimental*. Barcelona, Anagrama, 1996.
- MARINA, J.A. *La selva del lenguaje*. Barcelona, Anagrama, 1998.
- MARINA, J.A. *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona, Anagrama, 1999.
- MARCHIONI, M. *Planificación social y organización de la comunidad*, Madrid, Popular, 1989.

MARTINEZ, N. Y OTROS. *Manual de buenas prácticas en los centros de incorporación social*, Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia, 2003.

MELERO, J. C., y ORTIZ DE ANDA, M.A. *Municipios libres de drogas*, Bilbao, Edex, 1999.

MENDOZA, R. *Concepto de estilo de vida y factores determinantes, en Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud*, Varsovia, 1990.

MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Los 10 años de planes nacionales de acción para la inclusión social en el reino de España*. Madrid. MSPSI, 2010.

MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Primera jornada técnica sobre intervención social con personas sin hogar*. Madrid, 21 de junio 2001.

MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 1985.

MORENO, A. *Estrés y enfermedad*. MÁS Dermatología. Nº1, mayo 2007, p 17-20.

MORENO, L. *Ciudadanos precarios. La última red de protección social*. Barcelona, Ariel, 2000.

MOWBRAY, R. *Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias*, Madrid, CREFAT, 1994.

MUSITU, G. y OTROS. *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona, UOC, 2004.

NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. *El arte del cambio*, Barcelona, Herder, 1992.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Seeking drug abuse treatment*. Know what to ask. NIDA, 2011.

NAVARRO, S. *La red comunitaria como escenario y agente de la prevención*, Redes, 6, p 3-15, Huelva, 1999.

NAVARRO, V. y TORRES, J. *Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España*. Madrid. Sequitur/Attac, 2011.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. *Informe 2009*. Madrid. MSPS.

OMS, Oficina Regional para Europa. *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, 2006.

OMS. *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, OMS, 2011.

PAZ, O. *El mono gramático*. Barcelona, Seix Barral, 2000.

PEREA, O. *Buenas prácticas en incorporación social con drogodependientes*, Madrid, Red Araña, 2003.

PND. *Servicios Sociales y Drogodependencias. Actuar es posible*. Madrid, MTSA, 1998.

PROCHASCA, J. y OTROS. *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*, RET Revista de Toxicomanías, 1994.

RACIONERO, L. *Del paro al ocio*, Barcelona, Anagrama, 1988.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Plan municipal sobre drogas. Una alternativa local a las drogodependencias*, Huelva, Ilmo. Ayuntamiento de Bollullos par del Condado, 1990.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *El PMD: Una alternativa local a las drogodependencias, XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol: Avances en drogodependencias*, Santa Cruz de Tenerife, 1991.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Necesidad de coordinación institucional entre los planes de drogas de los distintos niveles de la Administración*, Jornadas sobre Drogodependencias: La Coordinación Institucional. Madrid, Fundamentos, 1991.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *El Plan Municipal sobre Drogas de Bollullos par del Condado*, en I Encuentro CIUDAD y DROGAS, Fundación

Pública de Servicios Sociales de Gijón, 1991.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Drogodrama y dramadependencia*, Ítaca, 1996. V 1, 3, p 39-58.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. *Estrategias locales para la incorporación social*, 3º Encuentro europeo Aprender y cambiar. Ítaca, 1997. p 110-116.

RAMÍREZ DE ARELLANO, A. *Actuar localmente en (drogo)dependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes y programas municipales*. Madrid, GID, 2002.

RAMÍREZ DE ARELLANO, A. *Manual de supervivencia del empleado público o cómo defenderse del político de turno*. Córdoba, Almuzara, 2007.

RAMÍREZ DE MINGO, I. *Hacia la reinserción de los jóvenes drogodependientes*, Madrid, Instituto de la Juventud, 2000.

RAYA, E. *Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto*. Aposta Revista de Ciencias Sociales. nº 9, junio, 2004.

ROCHON, A. *Educación para la salud. Una guía práctica para realizar un proyecto*, Barcelona, Masson, 1992.

RODRIGUEZ CABRERO, G. *La integración social del drogodependiente*, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNSD, 1990.

RODRIGUEZ CABRERO, G. *La incorporación social de los drogodependientes y el Estado del Bienestar (inédita)*, en Jornadas sobre Intervención en Drogodependencias: Políticas, modelos y programas. GID, Segovia, 1992.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid, Fundamentos, 2004.

ROGERS, C. *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid, Narcea, 1978.

ROGERS, C. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona,

Paidós, 2000.

SALABERT, J.D. y OTROS. *Propuesta de programa de intervención motivacional transteórica en el tratamiento de la adicción a opiáceos*, Málaga, Diputación de Málaga, 2001.

SANCHEZ, L. *Los programas de inserción, seminario "La dimensión comunitaria de los servicios sociales"*. Madrid, PNSD, 1998.

SLUZKI, C. E. *La red social: Frontera de la Práctica Sistémica*. Barcelona, Gedisa, 1996.

SOTELO, H. *La coordinación en el campo de la prevención de las drogodependencias: Tendencias actuales*, en "Encuentros municipales sobre drogodependencias", p 117-124, Bilbao, 1992.

STANTON, M.D., Y TOOD, T.C. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, Gedisa, 1997.

TEZANOS, J.F. *La sociedad dividida*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.

TEZANOS, J. F. *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid, Sistema, 2004.

UNAD. *Documento marco de la UNAD: Incorporación sociolaboral de personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid, UNAD, 2005.

UNAD. *Incorporación sociolaboral de drogodependientes: nuevas alternativas*, Madrid. UNAD, 2000.

UNAD. *Manual práctico para la creación de Empresas de inserción*. Madrid, UNAD, 2002.

UNAD. *Empresas de inserción social: un enfoque empresarial*. Madrid, UNAD, 2003.

VV AA. (Ángel Idígoras editor/compilador). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao, Desclasé, 2000.

VILLALBA, C. *Redes sociales: Un concepto con importantes implica-*

*ciones en la intervención comunitaria*, en *Intervención psicosocial* nº 4. Madrid, Colegio de psicólogos, 1993.

VILLALBA, C. *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social*. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Sevilla, Universidad Pablo de Olvide, 2004.

WEINBERG, P. *Formación profesional, empleo y empleabilidad*. Forro Mundial de Porto Alegre. 2004. Consultado el 17 de octubre de 2011 en: <http://www.ilo.org.public/apanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/weinberg>

ZUBERO, I. *Problemática y necesidades del colectivo de drogodependientes en situación de exclusión social en Bizkaia*. Bilbao, Universidad del País Vasco, 2003.





Coaching, adicciones e integración social  
MAYO 2012

**Alfonso Ramírez de Arellano** lleva veinticinco años trabajando como psicólogo clínico y psicoterapeuta de familia en drogodependencias. Combina su labor asistencial con la investigadora y la divulgativa en medios de comunicación. Ha publicado “Una alternativa local a las drogodependencias” (1990), “Actuar localmente en drogodependencias. Pistas para la elaboración de estrategias, planes, y programas municipales” (2002), “Problemas emergentes en jóvenes y adolescentes” (2008) en colaboración con Carmen Arenas, y diversos estudios sobre incorporación social y prevención en colaboración con Domingo Comas. En el ámbito de la divulgación ha recibido el premio de la revista europea ITACA por el ensayo “Drogodrama y dramadependencia” (1996) y el premio de Periodismo y Salud de la Junta de Andalucía por su artículo “El placer de no fumar” (2009). También ha sido merecedor del Premio Reina Sofía, en varias modalidades, por su participación en la elaboración de planes locales y provinciales de prevención de drogodependencias y adicciones en la provincia de Huelva. Es vicepresidente de la Fundación Atenea.

Este libro ha sido galardonado con el Accésit de los Premios Reina Sofía contra las Drogas 2011 que otorga la Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española (CREFAT) en la modalidad de Investigación y ensayo. A juicio del jurado, propone reflexiones innovadoras y ampliamente fundamentadas, sugiriendo una visión de conjunto con proyecciones futuras en un tema poco investigado.

Financiado por:

