



BARRERAS A LA INCLUSIÓN SOCIAL DE POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE CRONIFICADA

Análisis desde la perspectiva de género

**Un estudio realizado por
FUNDACIÓN ATENEA/Junio 2015**



Estudio realizado por el Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo
de Fundación Atenea

Autora: Raquel Cantos Vicent

Equipo de trabajo: Yolanda Nieves Martín y Victoria Rivero Marcos

Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

A todas las profesionales y los profesionales que han prestado sus opiniones y experiencias a través de los grupos de discusión, sin cuyo apoyo este estudio no hubiera sido posible.

Muy especialmente, a los hombres y mujeres que se han prestado a conversar con nuestro equipo en una entrevista, para volcarnos sus inquietudes y necesidades cotidianas.

Gracias, muchas gracias por vuestra generosidad y sinceridad compartiendo vuestro conocimiento y experiencia, vuestras opiniones y sentimientos con nosotras.

“Porque yo he terminado de quitarme y si no te reinsertas pues... o vuelves (a consumir) o te quedas como estoy yo, que no estoy ni quitado ni puesto, estoy en medio, porque sí, lo he dejado... pero no he retomado la vida” [Hombre entrevistado].

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
ALCANCES DEL ESTUDIO.....	10
Objetivos de la investigación.....	10
Preguntas claves.....	10
Utilidad de los resultados de la investigación.....	11
LINEAS TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
CONCEPTO DE EXCLUSIÓN SOCIAL.....	13
Ámbitos y factores de exclusión.....	15
TEORÍA DE GÉNERO.....	18
METODOLOGÍA.....	20
HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS CLAVES.....	21
Revisión bibliográfica.....	21
Grupos de discusión.....	21
Entrevistas individuales.....	21
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	22
PERFIL DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.....	29
Perfil de las personas entrevistadas.....	29
Perfil de las personas profesionales de los grupos de discusión.....	33
RESULTADOS.....	34
ÁMBITOS Y FACTORES DE EXCLUSIÓN.....	36
Ámbito económico.....	40
Ámbito laboral.....	46
Ámbito formativo.....	55
Ámbito socio-sanitario.....	59
Ámbito residencial.....	64
Ámbito social-relacional.....	69
Ámbito macrosocial.....	76
Ámbito personal.....	93
Ámbito de ciudadanía y participación social.....	110

RECURSOS DESEABLES Y ESTADO DE LOS ACTUALES	112
Red asistencial amplia y diversa	113
Red asistencial conectada y coordinada.....	121
Red asistencial con capacidad de adaptación	128
CONCLUSIONES.....	129
BIBLIOGRAFÍA.....	129

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

La década de los años 70 es una etapa convulsa en España, donde acontecen diversos cambios políticos y culturales que se ven reflejados en los tipos y formas de consumo de drogas.

Como describe Domingo Comas (Ramírez de Arellano, A. 2012), hasta ese momento el consumo de drogas en España era cualitativamente diferente al del resto de Europa y se caracterizaba por el uso mayoritario de alcohol y tabaco, que por ese entonces ni siquiera eran considerados drogas. También era habitual el uso de anfetaminas (a las que se llamaba “españolas” en el resto de Europa), de cannabis en espacios marginales y de opiáceos como la morfina.

En esta década, comienza a disminuir el aislamiento político y social que sufría España facilitando, entre otras muchas cosas, la entrada de nuevas drogas y formas de consumo de las mismas. Una de las drogas que irrumpe, en este período con fuerza en el panorama nacional, es la heroína.

En muy poco tiempo (una década escasa) el consumo de sustancias legales e ilegales crece considerablemente, convirtiéndose el consumo de heroína por vía intravenosa en el fenómeno más visible y alarmante de esta “normalización” del consumo de drogas en nuestro país.

Durante las décadas de los 70 y los 80, las personas con consumo abusivo de drogas, y especialmente de heroína, se convierten en un problema social y se asocia su imagen con la delincuencia y la peligrosidad. El consumo de heroína por vía intravenosa es considerado un verdadero problema de salud pública y de seguridad nacional. “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. Y es que, más allá del problema de salud que representó, la *epidemia de heroína* se convirtió en un auténtico fenómeno social” [Ramírez de Arellano, A. 2012].

A partir de este momento, comienzan a ponerse en marcha una amplia gama de dispositivos públicos y privados que buscan entender y abordar el problema social en el que se había convertido el consumo de drogas en general y de la heroína en concreto.

Aparecen poco a poco investigaciones acerca del tema, movimientos sociales y asociativos (como los promovidos por las madres de personas afectadas por la adicción a la heroína) o recursos asistenciales para la población con consumo problemático de drogas. A nivel institucional se da respuesta creando el Plan Nacional sobre Drogas (PND) en 1985.

Desde entonces, son muchas las acciones de prevención, intervención y asistencia que se han llevado a cabo. En las dos últimas décadas, la aparición de programas de metadona, los avances en el tratamiento de problemas de salud derivados del consumo y la divulgación de los programas de atención, se han ido generalizando y han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas drogodependientes.

Estas mejoras en la atención y en la calidad de vida, han tenido como efecto un lento pero constante incremento de la edad de la población drogodependiente en España de forma que hoy existe un sector de población mayor de 45 años con una larga trayectoria de consumo problemático de drogas y cronificada en los servicios de atención.

Esta tendencia de envejecimiento de la población drogodependiente está presente, tanto en los recursos y programas de atención, como en los dispositivos móviles. Es decir, tanto en población drogodependiente que sigue tratamiento, como en aquella que actualmente está al margen de este.

Así, UNAD en su Informe de 2005 sobre el perfil de las personas usuarias de las asociaciones y recursos de drogodependencias, ya señalaba el progresivo envejecimiento de la población que recibe tratamiento a causa de drogodependencias, existiendo en 2005 un 13,2% de personas en tratamiento mayores de 45 años.

En la misma línea, y según los datos disponibles sobre la población usuaria de los dispositivos móviles de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid en 2011, la cifra de población mayor de 45 años que frecuenta estos dispositivos supone un 33,30% del total de personas usuarias.

Del mismo modo, los programas y recursos de la Fundación Atenea arrojan datos similares. Aunque la población con más de 45 años no supone la mayor parte de la población atendida, sí representa un volumen importante y creciente de la misma. Tomando como ejemplo un programa de reducción del daño desarrollado por la Fundación en Albacete, y comparando las cifras de población atendida mayor de 50 años entre 2007 y 2011, observamos que la población se duplicó pasando de ser un 6% de la población atendida a representar un 19% en 2011.

Sabemos por los estudios sobre el perfil de los drogodependientes en las diferentes Comunidades Autónomas, que esta tendencia está presente en mayor medida en personas cuya sustancia principal de consumo es la heroína y cuyo consumo inicial fue inyectado, aunque hayan podido cambiar de vía con el paso de los años.

Esta población mayor de 45 años, y debido a su trayectoria de consumo y estilo de vida, suele presentar un gran deterioro físico, psicológico y social que les coloca en situación o riesgo de exclusión. Los factores que están dificultando la inserción de este colectivo, son muchos y variados.

Por un lado, su deterioro físico debido a la adicción a las drogas, se ve agravado por enfermedades como hepatitis, tuberculosis o VIH/Sida en la mayoría de las ocasiones.



Encontramos también dificultades e inestabilidad con su residencia. La coordinadora estatal de VIH-SIDA, en las Conclusiones de la II Jornada de Centros Residenciales, describe diversas dificultades para derivar a recursos residenciales a personas envejecidas con esta enfermedad, ya que la adaptación de los centros existentes a las necesidades específicas de esta población, es muy escasa. Si añadimos la condición de drogodependiente a esta situación detectada por CESIDA, las dificultades para localizar recursos residenciales se multiplican.

Por otro lado, la mayor parte de esta población convive con padres y madres¹. El propio envejecimiento de las familias coloca a estas personas en una situación de incertidumbre. Sus padres y madres, aquellos que han sido los principales proveedores de los cuidados y atenciones que necesitan, empiezan a demandar sus propios cuidados y, además, el posible fallecimiento de estos cuidadores y cuidadoras, pone en riesgo la disponibilidad del lugar de residencia para la población que nos ocupa.

Además, los condicionantes de género agravan la situación para las mujeres que se encuentran en estas circunstancias. En general, su situación y ellas mismas están invisibilizadas y los recursos muy poco adaptados a sus necesidades y peculiaridades.

“La ausencia de un análisis sistemático de cómo el género afectaba al consumo y más concretamente, cómo las mujeres con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas sentían y percibían, y las específicas consecuencias que ello producía en su entorno, provocó una parcial ocultación de la situación de la mujer consumidora. Además generó que en las actuaciones asistenciales y preventivas se establecieran análisis y criterios de actuación en base a la dinámica del varón drogodependiente, que suponía el 80% de la población adicta, y que se obviara la dinámica de la mujer” [Mosteiro Ramírez C. Rodríguez Pérez M. et col. 2005]

Nos encontramos ante una población con una importante dependencia bio-psico-social, agravada por cuestiones de género, y cuyo envejecimiento no hace sino dibujar un escenario futuro muy incierto que plantea un enorme reto a los servicios de atención.

Conocer las características concretas de esta población desde la perspectiva de género, en especial sus principales necesidades y las barreras más destacables con las que se están encontrando, permitirá crear, adaptar y mejorar los recursos de la red asistencial con el fin de posibilitar una mejor inserción social.

El presente informe pretende contribuir a este fin con un estudio cualitativo, desde la perspectiva de género, que ahonde en los principales factores de exclusión de las personas con larga trayectoria en el consumo problemático de drogas.

¹ Como ejemplo en el informe de la Agencia Antidroga sobre las personas en tratamiento en 2008 el porcentaje de estas que convivía con su familia de origen se situaba en el 44%

ALCANCES DEL ESTUDIO

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis principal: La población mayor de 45 años en programa de metadona y/o consumidora activa de sustancias presenta una acumulación de factores de exclusión social que dificultan su inclusión social.

Objetivos:

- Describir el perfil de la población drogodependiente mayor de 45 años.
- Determinar los factores de riesgo y exclusión de la población drogodependiente mayor de 45 años.
- Detectar las necesidades de este colectivo y su proyección futura.
- Definir si es necesaria la existencia de recursos específicos que atiendan a esta población.
- Detectar la existencia de recursos que se adapten a las necesidades de esta población.

PREGUNTAS CLAVES

En este estudio nos planteamos varios interrogantes que resumimos en las siguientes cinco preguntas:

- ¿Cuál es la realidad social de este grupo de población?
- ¿Cuáles son las perspectivas de futuro de estas personas?
- ¿Los recursos existentes dan respuesta a sus necesidades?
- ¿Sería adecuado poner en marcha otros recursos para cubrir sus necesidades?
- ¿Existen diferencias entre la realidad de las mujeres y los hombres? ¿cuáles son los condicionantes de género que explicarían esas diferencias?
- ¿Cómo podemos contribuir a la mejora de la calidad de vida de estas personas?



UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio llevado a cabo, tiene como resultado el presente informe que permite establecer la situación actual de la población drogodependiente mayor de 45 años. Se ha hecho especial hincapié en los factores de exclusión que presentan, las necesidades que manifiestan, así como una proyección de futuro de la misma. Esta información podrá ser útil para las siguientes cuestiones:

- Conocer y dar a conocer la realidad de de las personas drogodependientes cronicadas (desde la perspectiva de género).
- Revisar la adecuación de los recursos a las necesidades de esta población (desde la perspectiva de género).
- Fomentar la creación de recursos nuevos que den respuesta a estos perfiles (desde la perspectiva de género).
- Aportar reflexiones y propuestas sobre la realidad de las personas con larga trayectoria de consumo problemático, que se dirijan hacia una mejora de su calidad de vida y de sus procesos de rehabilitación e inclusión social.

LINEAS TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

CONCEPTO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

El concepto de exclusión no es nuevo y viene siendo utilizado por diversos autores y autoras desde hace décadas. Sin embargo, es en 1989 cuando se incluye por primera vez en un texto comunitario, haciendo referencia a un complejo proceso multidimensional por el que las personas quedan fuera del sistema social en el que se desarrollan (quedan fuera de sus derechos y obligaciones). Ya entonces se apuntaba que sus causas son múltiples, que se retroalimentan entre sí y que se encuentran en las propias estructuras de nuestra sociedad.

La exclusión social es un **proceso** y no una situación estable inamovible. Esto significa, por un lado, que afecta de forma cambiante a las personas y los grupos y que no es exclusiva de un colectivo. De hecho, cada vez afecta a más personas y más diversas. “En este sentido, podemos hablar de exclusión social no sólo como un fenómeno estructural o arraigado en la estructura económica y social, sino también como un fenómeno dinámico y en constante expansión” [Subirats y otros/as, 2004]. Por otro lado, significa que es algo resoluble, que es susceptible de ser resuelta desde parámetros y estrategias sociales.

Entender la exclusión social como un proceso nos lleva, también, a asumir que es un continuo en el que puede haber diversos puntos intermedios. “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)” [Ramírez de Arellano, 2012].

De esta forma, cada persona se encuentra en algún punto de este continuo y “nuestra integración siempre es el resultado de un balance, de un equilibrio en continua evolución entre nosotros y el medio en el que vivimos” [ibíd.].

Definir la inclusión social desde esta perspectiva integral, supone un salto cualitativo en relación al concepto de pobreza y sus efectos, pues contempla la existencia de nuevos desequilibrios y desigualdades sociales que van más allá de la falta de ingresos económicos. Así, la falta de salud, el deterioro de las relaciones sociales o el desempleo, se convierten en elementos claves que dificultan el ejercicio de la ciudadanía. El concepto de exclusión social, en este sentido, subraya la existencia y consolidación de nuevas formas de segregación social.

La inclusión social se convierte en un proceso complejo en el que un **entramado interdependiente de factores** empuja hacia un lado del continuo o hacia otro. En este proceso multifactorial y multidimensional, la pobreza o falta de ingresos económicos es sólo uno de los elementos que influye en el ejercicio de los derechos y deberes. “El concepto de exclusión social, en este sentido, se revela como extraordinariamente útil para hablar de todas aquellas situaciones en que, más allá de la privación económica, se sufre una privación de la propia idea de ciudadanía, o dicho de otra manera, de los derechos y libertades básicas de las personas sea cual sea su origen o nacionalidad” [Subirats y otros/as, 2004]

Como hemos visto, con el término de exclusión social se quiere describir una situación que está estrechamente relacionada con el concepto de **ciudadanía** y, por tanto, con la idea de ejercer derechos y obligaciones civiles, políticos, sociales y económicos. Como plantea Tezanos en diversos textos, al fin y al cabo, quien padece una situación de exclusión social donde no tienen accesos a los derechos, obligaciones o recursos que ofrece la sociedad en la que vive, “se convierte en un ciudadano/a de segunda clase cuyas oportunidades de participación y de influencia cívica se ven sometidas a una secuencia paralela de secundarización política, de pérdida de importancia y hasta de motivaciones” [Tezanos, 2008].

Estos procesos de exclusión y de ciudadanía de segunda clase, generan un deterioro social caracterizado por una concentración de derechos y recursos (sobre todo económicos) en pocas manos y, por tanto, una desigualdad y jerarquización entre las personas y los grupos de personas. En palabras del propio Tezanos, “los jóvenes, las mujeres, las personas con cualificaciones más bajas (y menos demandadas), los emigrantes y otros sectores socialmente infra-posicionados, se están viendo sometidos a peores condiciones laborales y a niveles de ingresos y de estatus más deteriorados, que les sitúan en unas posiciones objetivas de ciudadanía devaluada” [Tezanos, 2008].

Para este autor, el término de inclusión social estaría también vinculado al concepto de **democracia e igualdad**, ya que las conquistas de la democracia, en palabras del propio Tezanos, no han sido sino las conquistas de igualdad. “El significado de la democracia ha sido básicamente no tener que ponerse de rodillas ante nadie, no vivir atemorizado o humillado, poder actuar y comportarse con dignidad, ser una persona en toda la extensión de las posibilidades, tener «seguridades» en la vida, no estar forzado a decir a todo «amén». En suma, ser un señor no un siervo. La democracia inaugura un nuevo modelo de sociedad en la que todos somos señores” [Tezanos, 2008].

Dado que la exclusión social implica colocar a personas o grupos de personas en situaciones de extrema de desigualdad, de carencia o de limitación del ejercicio práctico de la libertad, implicaría igualmente una falta de democracia o, al menos, la existencia de una democracia poco madura.



ÁMBITOS Y FACTORES DE EXCLUSIÓN

Cada uno de los factores que generan la exclusión social de las personas se superpone a los demás, creando un efecto multiplicador que va más allá de la mera suma de cada uno de estos elementos. La combinación de factores de exclusión en una misma persona o grupo de personas, da lugar a una compleja situación de intensa vulnerabilidad social que impide el acceso a las oportunidades y recursos de los que dispone una sociedad.

Estos factores o elementos de exclusión pueden organizarse en torno a ámbitos, es decir, podemos encontrar factores vinculados al ámbito laboral, al económico o al socio-sanitario. Al igual que ocurre con el proceso general de inclusión social, cada uno de los ámbitos de exclusión tendría, en sí mismo, diferentes niveles. Por tanto, se trata también de ámbitos continuos y no discretos, que al combinarse con sus diferentes grados o niveles, dibujan un complejo proceso general que facilita o dificulta la inserción socio-comunitaria de una persona o colectivo.

Son varias las autoras y autores que, desde la investigación o la intervención, han tratado de desglosar todos y cada uno de los factores que determinan el ejercicio pleno de la ciudadanía. Una de las clasificaciones más citadas y que resulta útil e interesante para la investigación que nos ocupa, es la que Joan Subirats y otros/as proponen en la publicación *“Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea”* del 2004.

En esta propuesta, se organizan los factores de exclusión en torno a siete ámbitos. Además Subirats y otros/as plantean la existencia de tres ejes entorno a los cuales se vertebran las desigualdades y desequilibrios sociales atravesando todas las dinámicas sociales. Se trata de la edad, el género y la etnicidad o el lugar de procedencia. Así por ejemplo, las mujeres o las personas mayores aparecen en todos los ámbitos de exclusión como los más afectados, al igual que ocurre con la población gitana o la población negra. Sufrir alguno de los factores de exclusión, dificulta las posibilidades de inserción socio-comunitaria de las personas, pero esta situación se ve agravada por condicionantes de género, edad o etnicidad.

La exclusión social desde una perspectiva integral, y bajo la propuesta de organización de J. Subirats y sus colaboradores/as, quedaría sistematizada en ámbitos y factores de la forma que muestra la tabla siguiente:

ÁMBITOS	PRICIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
ECONÓMICO	Pobreza económica	Género	Edad	Etnicidad/ Lugar de procedencia
	Dificultades Financieras			
	Dependencia de prestaciones sociales			
	Sin protección social			
LABORAL	Desempleo			
	Subocupación			
	No cualificación laboral			
	Imposibilidad			
	Precariedad laboral			
FORMATIVO	No escolarización o sin acceso a la educación obligatoria			
	Analfabetismo o bajo nivel formativo			
	Fracaso escolar			
	Abandono prematuro del sistema educativo			
	Barrera lingüística			
SOCIO-SANITARIO	No acceso al sistema y a los recursos socio-sanitarios básicos			
	Adicciones y enfermedades relacionadas			
	Enfermedades infecciosas			
	Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia			
RESIDENCIAL	Sin vivienda propia			
	Infravivienda			
	Acceso precario a la vivienda			
	Viviendas en malas condiciones			
	Malas condiciones de habitabilidad			
	Espacios urbanos degradados, con deficiencias o carencias			
RELACIONAL	Deterioro de las redes familiares			
	Escasez o debilidad de redes familiares			
	Escasez o debilidad de las redes sociales			
	Rechazo o estigmatización social			
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN	No acceso a la ciudadanía			
	Acceso restringido a la ciudadanía			
	Privación de derechos por proceso penal			
	No participación política y social			

Fuente: Subirats y otros/as (2004)

Otra propuesta de organización muy interesante es la que nos presenta Magdalena Jiménez en su artículo *“Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo”*, de 2008, a partir de los modelos de clasificación de Subirats y otros/as (2004) y de José Félix Tezanos (2001). Esta categorización añade dos nuevos ámbitos de exclusión, quedando un total de nueve: el ámbito cultural y el ámbito personal.

En nuestro estudio hemos partido de estos dos modelos a modo de guía. A partir de los mismos se elaboró, una vez analizada la información de entrevistas y grupos de discusión, una propuesta propia que presentamos en el apartado de resultados.

La propuesta de organización de M. Jiménez se muestra en la tabla que sigue.



ÁMBITOS	PRICIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	PRICIPALES FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
LABORAL	Desempleo	Empleo indefinido o fijo	Sexo	Edad	Etnicidad/ Lugar de procedencia
	Subempleo	Estabilidad en el empleo			
	Temporalidad	Experiencia laboral			
	Precariedad laboral	Cualificación laboral			
	Falta de experiencia laboral				
	Sin cualificación laboral				
ECONÓMICO	Ingresos insuficientes	Buen nivel de ingresos			
	Carencia y/o dependencia de seguridad social y prestaciones sociales	Ingresos regulares			
	Ingresos irregulares	Diversas fuentes de ingresos			
	Carencia de ingresos	Cobertura de la seguridad social			
	Endeudamiento				
	Consumismo				
CULTURAL	Pertenencia a minorías étnicas	Integración cultural			
	Extranjería e inmigración	Perfiles culturales "aceptados"			
	Pertenencia a grupos de "rechazo"				
	Elementos de estigma				
FORMATIVO	Barrera idiomática	Conocimiento de lenguas extranjeras			
	Abandono sistema educativo sin titulación básica	Alto nivel de instrucción			
	Analfabetismo tecnológico	Cualificaciones demandadas			
	Analfabetismo o baja instrucción				
	Sin escolarización				
	Fracaso escolar				
SOCIO-SANITARIO	No acceso al sistema sanitario básico	Cobertura de servicios sanitarios			
	Trastorno mental, discapacidad u otras enfermedades que generan dependencia	Buen estado salud, sin enfermedad ni adicciones ni provocación dependencia			
	Adicciones y enfermedades relacionadas				
	Enfermedades infecciosas				
ESPACIAL-HABITATIVO	Carencia de vivienda particular	Vivienda propia			
	Dificultad para acceder a la vivienda	Vivienda infraestructuras adecuadas			
	Vivienda con infraestructura deficiente	Zonas de desarrollo cultural y social			
	Malas condiciones de habitabilidad	Zonas de expansión			
	Vivienda en barrios marginales				
	Entorno social decaído				
PERSONAL	Variables críticas de edad y sexo	Capacidad e iniciativas personales			
	Minusvalías	Cualidades pe valoradas socialmente			
	Hándicaps personales	Buen estado de salud			
	Alcoholismo, drogadicción	Motivaciones fuertes			
	Antecedentes penales	Optimismo, voluntad			
	Enfermedades	Facilidad de trato			
	Violencia, malos tratos				
	Débil estructura de motivaciones				
	Pesimismo, fatalismo				
	Exilio político, refugiados				
SOCIAL RELACIONAL	Carencia y/o deterioro vínculos familiares	Apoyo familiar			
	Debilidad de redes familiares	Intensa red amistosa y social			
	Debilidad de redes sociales de apoyo	Pertenencia a asociaciones			
	Aislamiento	Integración territorial			
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN	No acceso a la ciudadanía	Participación de los derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar			
	Acceso restringido a la ciudadanía				
	Privación de derechos por proceso penal				
	No participación política y social				

Fuente: Jiménez (2008)

TEORÍA DE GÉNERO

La teoría sexo-género explica las diferencias entre hombres y mujeres, estableciendo una distinción entre aquellas cuestiones que están determinadas por factores biológicos (sexo) y aquellas que viene determinadas por factores aprendidos o sociales (género) describiendo, al mismo tiempo, un sistema de organización social jerarquizado construido a partir de esta diferenciación biológica y social, por la que las mujeres y lo femenino queda menos valorado socialmente que los hombres y lo masculino.

Cuando las diferencias entre hombres y mujeres responden a este sistema de organización social basado en el género, nos encontramos ante lo que se llama **diferencias de género**.

En el caso de la investigación social sobre el uso y abuso de las drogas, ha sido frecuente obviar las diferencias de género en los datos, los análisis y las interpretaciones, produciéndose una infrarrepresentación de las mujeres y sus circunstancias y, por tanto, una visión incompleta y poco comprehensiva de este ámbito de conocimiento.

Por un lado, las mujeres han quedado en las investigaciones e intervenciones sobre drogas, en un segundo plano al no estar su realidad y circunstancias incorporadas en los estudios. Esto ha hecho que tampoco se las haya tenido en cuenta a la hora de diseñar y poner en marcha recursos obviando, de esta manera, sus necesidades y peculiaridades en los programas de atención y prevención.

Por otro lado, la visión sobre la realidad de los hombres en el campo de las drogodependencias ha quedado incompleta y sesgada ya que, al no incorporarse las diferencias de género en los análisis, no se ha estudiado ni trabajado la influencia que los condicionantes sociales de género están teniendo en los problemas de adicción de los hombres.

Esta falta de análisis de las diferencias de género ha tenido consecuencias importantes que son de sobra conocidas: invisibilización de las necesidades de unos u otras (la mirada androcéntrica hace que sean las de las mujeres, la mayor parte de las veces), comprensión parcial e incompleta de la realidad, desigualdades en derechos u oportunidades, desigualdades en la creación de recursos o estrategias y acciones poco eficaces al no responder a necesidades reales, son algunas de estas consecuencias.

La importancia y necesidad de **incorporar la perspectiva de género** en la investigación social en general, y en el campo de estudio de las drogas en particular, es evidente y no son pocas las voces que, sobre todo a partir de 1.985 tras la III Conferencia Mundial de la ONU sobre mujeres, exponen este hecho.



Es por ello que en este estudio trataremos de analizar la realidad desagregada por sexos para comprobar si existen diferencias y/o especificidades entre mujeres y hombres y, en el caso de que las haya, encontrar las causas que las expliquen en función de esos procesos de socialización diferenciados (los condicionantes de género). Mujeres y hombres responden a condicionantes diferentes y, por lo tanto, cualquier análisis, estrategia o acción debería contemplar y analizar separadamente los aspectos y factores que condicionan a unas y a otros.

METODOLOGÍA

HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS CLAVES

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Con el fin de buscar referentes teóricos que ayudasen a orientar y centrar el estudio, se ha llevado a cabo una revisión de las principales publicaciones de los últimos años en torno al tema de la exclusión social y las drogodependencias.

A través de esta revisión y lectura, se ha logrado elaborar la propuesta previa de categorías de análisis.

GRUPOS DE DISCUSIÓN

La información necesaria para concretar el diagnóstico, que de esta población realizan los equipos profesionales de la red de recursos para personas con problemas de adicción, se ha llevado a cabo a través de la realización de 3 grupos.

Cada uno de los grupos de discusión, que se ha desarrollado y grabado en una Comunidad Autónoma diferente, se han transcrito y ha sido analizado con la ayuda de programas informáticos de análisis de discurso.

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Con la intención de recoger información de primera mano sobre los factores de exclusión que pueden afectarlas a las personas mayores de 45 años con larga trayectoria de consumo, y sus perspectivas de futuro, se han desarrollado entrevistas individuales con las propias personas consumidoras.

Se han realizado un total de 12 entrevistas que posteriormente han sido transcritas y analizadas con el apoyo de herramientas informáticas de análisis de discurso.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

El presente estudio se centra en las mujeres y hombres con un largo historial de consumo problemático drogas.

Se trata de personas que iniciaron el consumo en las década de los 80 y los 90 a edades muy tempranas, entre los 11 y los 17 años la gran mayoría, por lo que tienen más de 45 años. Su consumo está vinculado a diversos tipos de drogas, sin embargo, y dada la época en la que comenzaron a consumir, la heroína cobra una especial importancia en esta población. Por este motivo, muchas de las personas que forman parte de esta población, se encuentran actualmente en programas de metadona de la que, aún, no terminan de desprenderse.

“Son estas personas con consumo, no solo de más de 10 o de 15, sino de 20 y de 25 años; que comenzaron muy jóvenes, que se han convertido en unos pacientes crónicos complejos porque no han terminado de desprenderse del tratamiento de metadona” [Participante en grupo de discusión].

“Mayores de 45. (...) perfil más típico del programa de metadona, heroína. Algunas veces una marginalidad de nacimiento y otras veces esta marginalidad que conlleva el consumo histórico y el tema de alcohol” [Participante en grupo de discusión].

Las experiencias y opiniones compartidas por los y las profesionales de los grupos de discusión, nos muestran que, desde que iniciaron el consumo, sus trayectorias vitales están repletas de intentos de desintoxicación y de altas y bajas en los centros de rehabilitación. Su larga trayectoria se ha ido complejizando poco a poco hasta que llegan a situaciones de **extrema exclusión y dificultad social**.

“(...) nosotros trabajamos con la gente más marginal (...), con una situación familiar y social también desestructurada, etc.” [Participante en grupo de discusión].

Esta situación de extrema exclusión y dificultad, se caracteriza por la aparición de otras problemáticas diferentes a las relacionadas directamente con el consumo de drogas.

“Sin ingresos económicos, si hay un ingreso económico es la PNC, la pensión no contributiva; sin relación familiar, sin experiencia laboral, sin formación, la mayoría con analfabetismo” [Participante en grupo de discusión].

Por otro lado, parece que el **número de mujeres** en esta situación es mucho menor que el número de hombres. Una de las participantes del grupo de discusión nos comentaba las proporciones de hombres y mujeres en el recurso en el que ella trabaja.

“(...) ahora hemos tenido en el año 2014 como un tercio de mujeres frente a dos tercios de hombres con este perfil que hablamos aquí, mayores de 45 años” [Participante en grupo de discusión].



La menor cantidad de mujeres, se confirma también en los datos generales de drogodependencias. En Madrid, por ejemplo, en el 2003 se trataron en todos los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias de la ciudad a 8.958 drogodependientes, de los cuales 7.256 pacientes (81%) eran varones y el 1702 pacientes (19%) mujeres (*Mujer y Adicciones*. Instituto de adicciones de Madrid. 2003)

Es muy probable que esta menor representación en número de las mujeres, se deba a condicionantes de género. En este sentido, en los grupos de discusión de profesionales se nombraron algunas cuestiones de género, como el hecho de ser consideradas socialmente las responsables del cuidado de los hijos e hijas o tener que cumplir la expectativa de ser más responsables y prudentes.

“Son muy pocas. Cuando van creciendo maduran mucho más que el hombre, si no por el tema de los hijos que cambie, no todas, y las que no cambian tienen un nivel de deterioro muy alto. Más que los hombres” [Participante en grupo de discusión].

Si bien es cierto que el número de mujeres que se encuentran en estas circunstancias es menor, es igualmente cierto que las pocas que hay, están invisibilizadas y resulta más complejo llegar a ellas. Es probable que, aunque sean menores en número, sean más de las que parece y que las dificultades de acceso o la doble estigmatización social de las mujeres, estén jugando un importante papel en este sentido.

“Lo que es encontrarlas ya es complicado, la verdad, es cierto que están invisibilizadas. Tener un contacto con ellas es mucho más complicado que con cualquier hombre” [Participante en grupo de discusión].

Además, la falta de recursos adaptados a las necesidades y especificidades de las mujeres drogodependientes, que está constatada ya en diversas investigaciones, podría estar provocando una menor representación de mujeres en los recursos y, por tanto, una sensación de que hay menos mujeres de las que realmente son.

“Las mujeres en cualquier generación, desaparecen mucho antes, necesitan otro tipo de recursos, ellas son más de estar en casa, a ocultar el problema, entonces es mucho más complicado, y más si llegas a ciertos niveles de deterioro es imposible que puedas encontrarlas. Ten en cuenta que hablamos de una situación de calle y que es complicado que puedas ver en albergues o en otros sitios. Es cierto que no tenemos casi recursos para ellas” [Participante en grupo de discusión].

Algunos profesionales confirmaban desde su experiencia lo que numerosos estudios han mostrado ya: que las mujeres de esta población se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social que facilita, entre otras cosas, que sean víctimas de malos tratos con mayor frecuencia que las mujeres cuya trayectoria vital está lejana a estas circunstancias.

“Muchos más hombres que mujeres. En general yo diría que la mujer que tiene un problema de consumo o de adicción es una mujer con mucha problemática detrás, normalmente con malos tratos, muchas de estas con malos tratos, casi todas por lo menos” [Participante en grupo de discusión].

Asimismo son conscientes, desde su trabajo cotidiano, de la existencia de prejuicios y estereotipos de género que podrían estar influyendo en el hecho de que las mujeres no aparezcan en los recursos existentes y tiendan a ocultar la problemática. Esta realidad ha sido ampliamente citada en las últimas investigaciones sobre drogas que incorporan la perspectiva de género.

“(...) y que, bueno, que no ves normal que una mujer acabe en esa situación” [Participante en grupo de discusión].

Por otro lado, y en relación a la **trayectoria laboral** de las personas drogodependientes cronicadas, nos encontramos que ésta es bastante irregular, con grandes periodos de inactividad y con una falta de objetivos laborales claros.

“Con muchas altas y bajas en los centros de tratamiento y en los trabajos como has dicho tú pues también periodos trabajando, sin trabajar, así, y en diferentes sitios (...)” [Participante en grupo de discusión].

“(...). Luego sobre todo son parados de larga duración, que llevan más de un año parados, que han estado en muchísimos trabajos distintos ya que no tiene un objetivo profesional definido” [Participante en grupo de discusión].

Además, dado su historial de largo consumo que en algunos casos continúa siendo problemático, su capacidad para adaptarse a las exigencias de los empleos a los que tienen acceso, es muy reducida o, desde otro punto de vista, los empleos a los que tienen acceso no se adaptan a las posibilidades y necesidades de estas personas. Estas características hacen que su inserción socio-laboral sea muy complicada, así como sus posibilidades de obtener ingresos a través de esta vía.

“Pero sí hay gente que por lo general por el historial de consumo que tienen, el consumo de drogas trae un poco... es un poco incompatible con el mantenimiento de un puesto de trabajo y tienen muy poca formación, poca experiencia laboral, o si la tuvieron es hace mucho tiempo, están muy desconectados. Y la mayoría, los que quieren volver a insertarse en el mundo laboral lo tienen muy difícil, si no es intermediando por ellos y haciendo un trabajo de habilidad, integral” [Participante en grupo de discusión].

En la misma línea, nos encontramos con **niveles formativos** muy bajos o nulos. Su trayectoria vital, marcada por la inestabilidad ha afectado a sus posibilidades de comenzar o finalizar cursos o formaciones que les podrían facilitar la obtención de un empleo.

“(...) de la formación, formación prácticamente nula, es posible que hayan hecho algún curso o han empezado algún curso que no hayan llegado a terminar, entonces sí que es verdad que formación es muy escueta” [Participante en grupo de discusión].



Esta situación afecta igualmente a hombres y mujeres, aunque las consecuencias para ambos no son las mismas debido a cuestiones de género.

“El perfil de hombres y mujeres no cambia mucho en lo que tiene que ver con esto: formación escasa y parados de larga duración,” [Participante en grupo de discusión].

A las dificultades laborales y formativas, debemos añadir las que tienen relación con la **salud**. Muchas de las personas con consumos problemáticos de larga duración, han contraído infecciones o enfermedades o sufren deterioros que les dificultan su quehacer cotidiano y que les sitúan en una franja de mayor dificultad social.

“Lo que sí ha ido aumentando en todos estos años (yo trabajo con tabulación desde el año 96) ha sido el número de, la frecuencia de enfermedades ya de tipo degenerativo. Tenemos muchas personas con problemas de corazón, con problemas de EPOC, con oxigenoterapia en domicilio, con discapacidades (...), con deterioro cognitivo” [Participante en grupo de discusión].

Una de las para personas en riesgo de exclusión, nos describía las complicaciones de salud más frecuentes en esta población: VIH, desnutrición y hepatitis.

“Con problemas de desnutrición en torno a la mitad de los que han ingresado, desnutrición calórica y proteica, me refiero... comer poco o mal o consumir mucho alcohol y no comer. Con VIH más de la mitad, en estadios de 3, no seropositivos sino en estadios de 3. Con tuberculosis unos 3 o 4 casos al año que venimos atendiendo; hepatitis B y C pues los mismos que con VIH” [Participante en grupo de discusión].

No son pocas las personas de los equipos profesionales de atención a drogodependientes que detectan problemas de salud mental en la población que nos ocupa. Algunas hablan de patología dual y otras, simplemente, describen dificultades cognitivas variadas.

“(...) que yo he llegado a tener de estos usuarios es que sí que cada vez más pues parece que tienen patologías de salud mental, le cuesta mucho entender palabras técnicas (...)” [Participante en grupo de discusión].

“(...) con los más mayores con largas trayectorias de consumo efectivamente es una característica que se termina... terminan apareciendo rasgos psicóticos, más o menos controlados, que daña más o menos” [Participante en grupo de discusión].

En algunas ocasiones, estos problemas de salud cruzan con continuidad del consumo problemático de algunas drogas. El consumo problemático de alcohol parece que es una dificultad frecuente en esta población.

“Encontramos todos con porcentaje bastante elevado de consumo, ¿consumo de qué? Pues hoy en día alcohol es un problema grande, en mayores de 45, también empiezan a verse problemas de salud mental, entre ellos ¿qué te puedo contar?” [Participante en grupo de discusión].

En el caso de los hombres, es frecuente que tengan un historial de delincuencia y que hayan pasado una o varias veces por **prisión**. Resulta razonable pensar que estos actos delictivos están vinculados a su situación de consumo problemático y de exclusión social.

“(...) a mí me llegan por cometer un delito. Por cometer un delito, tienen un problema jurídico, pues entonces les tenemos que asesorar. Y la mayoría, yo lo que veo mucho, es el tema de delito como consecuencia del consumo, muchísimo” [Participante en grupo de discusión].

Su situación de vulnerabilidad social se hace mayor al ingresar en prisión. En primer lugar, porque hablamos de un nuevo estigma social a añadir a la enorme lista que ya poseen y, en segundo lugar, porque el consumo se hace más problemático cuando se dan estancias en prisión.

“(...) ellos también han entrado en prisión varias veces, han tenido varias entradas y salidas de la prisión... entra, sale fuera otra vez (...) el tema de la prisión creo que agrava mucho más esa situación, ese consumo de drogas porque en la prisión, como todos sabemos, se consume más y en peores condiciones (...)” [Participante en grupo de discusión].

Las mujeres con larga trayectoria de consumo, ingresan en prisión con menos frecuencia que los hombres y, en caso de hacerlo, suele ser por pequeños hurtos o por tráfico de drogas.

“Si habláis de mujeres por ejemplo de 45 años, de personas mayores que consumen droga y que tengan problemas jurídicos, en mi caso, es muy anecdótico. La mayoría vienen por hurtos, yo creo que incluso no hay... digamos, no llegan a nivel legal porque la mayoría (...) te puede venir con un problema administrativo, pero es muy pequeño” [Profesional participante en grupo de discusión].

“(...) mujeres yo creo que vienen menos (...) pero la que viene con problemas legales tiene que ver con los hurtos, y también por el tráfico, en menor medida, pero también por el tráfico de droga” [Participante en grupo de discusión].

Si las proporciones que nos facilitaba una de las participantes de los grupos de discusión, se repiten en otros contextos, podríamos decir que, en el caso de las mujeres, el número de ingresos en prisión es muy bajo.

“A ver yo voy a ver a prisión a una media de trescientos y pico personas en prisión, mujeres que son las que pueden estar en prisión con ese perfil hablo de 10, menos, 5”



Otra característica muy frecuente en las población drogodependiente cronicada es el deterioro de las **relaciones familiares** y de amistad. La mayor parte de las personas en esta situación han roto con sus familiares o mantienen relaciones de mucha tensión con ellos y ellas.

“(...) hay cuestiones que son transversales o que todos comparten un denominador común, es la falta de vínculo con la familia, con la realidad o red familiar, siempre hay un momento ahí de corte y de echar el telón, o de pasar página por parte de la familia” [Participante en grupo de discusión].

Un alto porcentaje de los hombres no han tenido hijos ni hijas o, al menos, no son concedores de ello. Sin embargo, en el caso de las mujeres es más frecuente que tengan descendencia.

“Yo tengo mujeres con carga familiar sí. Pero es eso, menos” [Participante en grupo de discusión].

“Yo la mayoría que tengo de hombres no tienen” [Participante en grupo de discusión].

En el caso de que existan hijos o hijas, es habitual que hayan perdido o cedido la custodia a familiares y amistades.

“Y realmente, lo que decía J., los hijos están en acogimiento o al cargo de otras personas” [Participante en grupo de discusión].

“Mujeres con cargas, algunas con sus hijos en residencias de menores porque no se ha podido hacer cargo de ellos, o están con algún familiar también” [Participante en grupo de discusión].

A la existencia de un perfil laboral escaso e inestable, y a la dificultad de obtener ingresos económicos a través de un empleo, se le añaden los problemas vinculados a la **vivienda**. La mayor parte de las personas con larga trayectoria de consumo problemático, residen acogidas en casa de familiares o amistades, en albergues u otros espacios de estancias breves, en centros o pisos de rehabilitación o en la calle.

“La mayoría (...) han estado en el albergue y vienen derivados del albergue, o bien están en la calle y les trae alguien, o están en la calle y van al hospital y del hospital lo derivan. De Salud Mental bastantes, de drogas muchos, pero no suelen..., algunos tenemos de mucho tiempo pues que heredan la vivienda familiar y entonces pues han podido mantener una vivienda familiar” [Participante en grupo de discusión].

También es frecuente que compartan vivienda con sus parejas u otras personas o que ocupen viviendas durante un tiempo.

“(...) aquí se utiliza la infravivienda, ocupan un piso” [Participante en grupo de discusión].

“Hay gente que está viviendo en la calle y gente que vive con sus familias, y gente que vive compartiendo habitación” [Participante en grupo de discusión].

Cuando conviven con sus familiares, éstos suelen ser sus progenitores. En estos casos, es frecuente que deban hacerse cargo del cuidado de los mismos, pues son personas ya de muy avanzada edad.

“Y yo sí que veo que cuidan a los padres de verdad, (...) o sea que sí que creo que incluso los hermanos como que se desentienden un poco porque él está viviendo en casa y aunque de vez en cuando a lo mejor hay algún consumo o tal pero sí que es verdad que acompañar al médico, tal, o sea como de repente la carga es como suya un poco de la madre o del padre” [Participante en grupo de discusión].

“Es que en la separación a veces conlleva que vuelves o retornas con tus padres y al final ese cuidado de los mayores es un poco que va a en relación a que, claro, tienes que vivir con ellos y te tienes que hacer cargo de ellos cuando son mayores” [Participante en grupo de discusión].

El hecho de que sean personas individuales cercanas al consumidor o la consumidora las que se hagan cargo de su vivienda y sus necesidades básicas, dibuja un inquietante panorama de futuro (además de un preocupante presente para las personas que les cuidan) y una pregunta: ¿qué pasará cuando estas personas de avanzada edad fallezcan?

“Lo que pasa es que están en una situación que nosotros llamamos de vulnerabilidad porque todavía tienen ese apoyo, que pasa como con los enfermos de salud mental, que mientras tienen unos padre...el problema es cuando ese lazo se rompe y la persona se ve a abocada a la calle porque no sabe cómo manejarse sola” [Participante en grupo de discusión].

El perfil descrito nos muestra una población con dificultades para abandonar el consumo problemático y con un importante deterioro bio-psico-social que se manifiesta en una extrema situación de exclusión. Si no se detectan sus necesidades y se crean los recursos adecuados para satisfacerlas, las perspectivas de futuro resultan poco alentadoras.



PERFIL DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

PERFIL DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

El total de personas que han participado en las entrevistas ha sido de 12, 5 mujeres y 7 hombres con una larga trayectoria de consumo problemático de drogas. De ellas, 11 estaban o habían estado recientemente en programas de metadona y una alta proporción manifestó en las entrevistas tener o haber tenido también dificultades con el alcohol y otras drogas.

Ha resultado especialmente complicado localizar a mujeres que cumplieran el perfil de la población objeto de estudio. Ante la posibilidad de contar con menos mujeres en el estudio o modificar ligeramente el perfil para aumentar las probabilidades de contar con el mismo número de mujeres que de hombres, se optó por la segunda opción. Es por ello que la edad mínima de la muestra se ha reducido dos años, resultando un rango de edad entre los 43 y los 63 años.

Las personas participantes residían, en el momento de la entrevista, en tres ciudades diferentes (Albacete, Madrid y Sevilla) y se contó con el mismo número de personas de un lugar que de otro, quedando la distribución por sexos y ciudad como muestra la tabla que sigue.

	Albacete	Madrid	Sevilla	TOTAL
Hombres	2	2	3	7
Mujeres	2	2	1	5
TOTAL POR CIUDAD	4	4	4	12

La trayectoria vital de esta población está marcada por el consumo de drogas y por continuos intentos de rehabilitación y abandono del consumo. Es por ello que, a la hora de establecer el perfil para la realización de entrevistas, se consideró interesante contar con personas en proceso de rehabilitación por un lado, y personas que se encontraban en un momento de consumo activo por otro. En concreto, 1 de las mujeres y 1 de los hombres se encontraban en situación explícita de mantenimiento del consumo problemático en el momento de la entrevista.

Si las personas participantes se encontraban en proceso de rehabilitación, se estableció como un criterio de selección que el tiempo transcurrido desde que dejó de consumir cualquier tipo de droga (metadona incluida) no fuese superior a 5 años.

Por otro lado, a la hora de establecer criterios sobre lo que significa una trayectoria de consumo problemático prolongada, se concretó que ésta debían superar los 15 años de consumo.

A modo de resumen, la tabla que sigue a continuación detalla los criterios tenidos en cuenta a la hora de seleccionar personas para las entrevistas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA ENTREVISTA PERSONAL

Hombres y mujeres mayores de 43 años

Mínimo 15 años de consumo problemático

Cualquier tipo de droga

Personas en proceso de rehabilitación (no más de 5 años desde que dejaron de consumir) o en momento de consumo

La mayor parte de las personas que han participado en las entrevistas comenzaron sus consumos a edades muy tempranas, concretándose el rango de primeros consumos entre los 11 y los 17 años.

Por otro lado, y en relación a sus circunstancias de convivencia, los y las participantes residen en una de las cuatro situaciones que se describen a continuación:

- Calle. No disponen de lugar de residencia concreto y pasan la mayor de su tiempo en la calle o en dispositivos de acogida de personas sin hogar como centros de día, albergues o comedores sociales. En este caso, son las dos personas que continúan con un consumo activo de sustancias.
- Acogida familiar. Residen con algún familiar que les ha acogido, progenitores/as habitualmente. No asumen gastos de residencia en esta situación.
- Pisos de acogida: Se alojan en espacios cedidos, donados o prestados. Se trata de pisos de la red de recursos asistenciales para drogodependientes o de espacios prestados por algún familiar o amigo. En este caso, tampoco asumen ningún gasto por residencia, aunque es posible que aporten económicamente para los suministros o la alimentación.
- Espacios compartidos: Se trata de viviendas compartidas con parejas, amistades o familiares, donde si asumen parte de los gastos de alojamiento.



La distribución de la situación de convivencia por sexos se muestra en la tabla que sigue. Como puede apreciarse, el porcentaje de personas entrevistadas con dificultades para asumir los gastos de alojamiento básicos, es muy alta.

	Calle	Acogida familiar	Pisos de acogida	Compartido	TOTAL
Hombres	1	2	2	2	7
Mujeres	1	1	2	1	5
TOTAL	2	3	4	3	12

En relación al número de hijos e hijas, se ha elaborado una tabla con la distribución por sexos. Como se muestra en la misma, la mayor parte de las mujeres participantes tienen alguna hija o hijo. En el caso de los hombres entrevistados, esta proporción se reduce, ya que tienen hijos o hijas menos del 50% de ellos.

	Con Hijos/as	Sin Hijos/as	TOTAL
Hombres	3	4	7
Mujeres	4	1	5
TOTAL	7	5	12

Dado que hablamos de personas con consumo problemático de drogas, muchas de las personas entrevistadas han perdido o cedido las custodias de sus hijos e hijas. Sin embargo, es importante destacar que existen diferencias importantes en este sentido entre hombres y mujeres. De las 7 personas con hijos e hijas, 3 (2 mujeres y 1 hombre) asumen tareas de cuidado con los hijos e hijas, ya sea porque conviven con ellas, o porque alguna persona cercana ha asumido la custodia y esto le permite ejercer ciertas tareas de cuidado. Por otro lado, 3 personas (2 mujeres y 1 hombre) mantienen visitas y/o contacto a pesar de haber perdido/cedido la custodia (en caso de menores de edad) o de que los hijos e hijas ya se hayan independizado. Por último, 1 persona (1 hombre) no mantiene ningún tipo de contacto con sus hijos e hijas.

	Asumen tareas de cuidado de hijos e hijas	Mantienen contacto y visitas con hijos e hijas	No asumen tareas ni mantienen contacto	TOTAL
Hombres	1	1	1	3
Mujeres	2	2	0	4
TOTAL	3	3	1	7

Por otro lado, en algunos casos asumen tareas de cuidado de otras personas, generalmente de padres y madres. En la tabla de más abajo se recoge la distribución por sexos de las personas entrevistadas que asumen parte del cuidado de algún familiar (progenitores, hijos/as, hermanos/as,...). En ella se muestra cómo el porcentaje de mujeres que asumen algún tipo de cuidado es cercano a la mitad, mientras que el de los hombres es considerablemente inferior. También es importante destacar que el único hombre de los entrevistados que asume tareas de cuidado, es también el único que vive en pareja.

	Asumen cuidados de hijos/as	NO asumen cuidados de hijos/as	TOTAL
Hombres	1	6	7
Mujeres	2	3	5
TOTAL	7	5	12

Por último, y en relación a los niveles de ingresos, de las 12 personas que se han prestado a ser entrevistadas para este estudio, 5 recibían algún tipo de subsidio o ayuda económica y 3 ningún tipo de ayuda, El resto sobrevive con trabajos precarios e inestables. Podemos afirmar que los niveles de ingresos de la mayoría son muy bajos.



PERFIL DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

En los grupos de discusión de profesionales del sector de las drogodependencias y la exclusión social, han participado un total de 27 profesionales, 10 hombres y 17 mujeres vinculados con su trabajo al mundo de la intervención con personas con consumo problemático de drogas.

Para la realización del estudio, se han llevado a cabo un total de 3 grupos de discusión en 3 ciudades diferentes: Albacete, Madrid y Sevilla. La distribución de profesionales por ciudad y sexo, se detalla en la tabla que sigue.

	Albacete	Madrid	Sevilla	TOTAL
Hombres	4	3	3	10
Mujeres	5	7	5	17
TOTAL POR CIUDAD	9	10	8	27

Se ha procurado, en todo momento, incorporar diferentes visiones y para ello se ha contado con perfiles profesionales muy diversos dentro del ámbito de trabajo de las drogodependencias. El listado definitivo de perfiles profesionales que han colaborado con el estudio, se detalla a continuación.

PERFIL PROFESIONAL DE LAS PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Profesionales de programas de reducción de daños

Profesionales de programas de apoyo a personas drogodependientes en cárceles

Profesionales de recursos asistenciales de primera necesidad como albergues o comedores sociales.

Profesionales de centros de atención a personas en riesgo de exclusión social y/o sin hogar (médic@s, psicolog@s, educador@s de calle, trabajador@s sociales,...)

Profesionales de programas de empleo para personas en riesgo de exclusión

Profesionales de programas de empleo para personas con problemas de consumo

Profesionales de los servicios sociales del Ayuntamiento

Profesionales de servicios jurídicos para personas en riesgo de exclusión (temas laborales, judiciales por delitos vinculados a las drogodependencias,...)

Profesionales de recursos de rehabilitación para drogodependientes (centros, comunidades terapéuticas,...)

Responsables técnicos de programas de intervención en drogas de los ayuntamientos

RESULTADOS

El análisis cualitativo de los discurso contenidos en las entrevistas y los grupos de discusión celebrados para este estudio, ha tenido como resultado por un lado, la concreción de los diferentes ámbitos y factores que, desde la perspectiva de las personas drogodependientes cronicadas y de las personas que trabajan con ellos y ellas, influyen y determinan los procesos de inserción socio-comunitaria. Por otro lado, ha servido para recoger la opinión que usuarios y usuarias y profesionales del sector tienen sobre la red de recursos asistenciales y sobre su adecuación a las necesidades de la población objeto de este estudio.

A continuación describiremos los resultados más destacables de esta investigación en torno a dos bloques de contenidos diferenciados:

- Ámbitos y factores de exclusión
- Recursos deseables y estado actual de los mismos

ÁMBITOS Y FACTORES DE EXCLUSIÓN

Como hemos visto antes, cada uno de los elementos o ámbitos que influyen en el pleno ejercicio de la ciudadanía, es un continuo en el que las personas o grupos de personas se sitúan a lo largo de su trayectoria vital. Lo que define la situación de inclusión de una persona o colectivo es la combinación de todos ellos (cada uno con su nivel o sus factores), dando lugar a un complejo proceso.

Resulta difícil imaginar que el acceso a los recursos, obligaciones y derechos que la sociedad ofrece, sea posible si alguno de estos factores está en sus niveles más bajos. ¿Cómo lograr una ciudadanía no devaluada si los ingresos económicos son casi inexistentes o si la persona carece de relaciones personales?

Así, todos y cada uno de estos factores son imprescindibles para el logro de un proceso de inclusión social satisfactorio, pero ninguno genera inclusión o exclusión por sí mismo. Se retroalimentan entre sí, haciendo que las personas y los colectivos se muevan hacia un lado u otro del continuo inclusión/exclusión socio-comunitaria.

Podremos ver a lo largo del documento cómo la población que nos ocupa se encuentra en los niveles más bajos de cada uno de los ámbitos de exclusión, generando un estado de extrema vulnerabilidad y dificultad social que resulta complejo abordar desde las estrategias e instrumentos redistributivos y compensatorios que se vienen utilizando habitualmente en España desde los servicios sociales.

Como hemos comentado en el apartado 2 de este informe, hemos partido del modelo de clasificación de Subirats y otros/as (2004) para analizar la información contenida en las transcripciones de las entrevistas y grupos de discusión realizados. Una vez elaborado el análisis, y en combinación con la propuesta de de Jiménez (2008), que también hemos visto en el mismo apartado, se ha procedido a elaborar una categorización propia en función de los resultados obtenidos.

Nuestra propuesta de sistematización se presenta en el cuadro que sigue más abajo y tiene nueve ámbitos con sus factores de exclusión más destacables cada uno.



AMBITOS	FACTORES DE EXCLUSIÓN	EJES DESIGUALDAD		
ECONÓMICO	Escasez o carencia de ingresos	Género	Edad	Etnicidad/ Lugar de procedencia
	Ingresos irregulares (economía sumergida o inestables)			
	Dependencia de prestaciones sociales			
	Carencia de protección social			
	Endeudamiento o dificultades financieras			
LABORAL	Desempleo			
	Subempleo			
	Precariedad laboral (temporalidad,...)			
	Falta de experiencia laboral			
	Falta de cualificación laboral			
	Imposibilidad			
FORMATIVO	Barrera lingüística			
	Analfabetismo o bajo nivel formativo (lectoescritura, tecnológico,...)			
	Sin escolarización o sin acceso			
	Fracaso escolar			
	Abandono del sistema educativo			
SOCIO-SANITARIO	No acceso al sistema sanitario básico			
	Trastorno mental, discapacidad u otras enfermedades que generan dependencia			
	Adicciones y enfermedades relacionadas			
	Enfermedades infecciosas			
RESIDENCIAL	Sin vivienda propia			
	Acceso precario a la vivienda			
	Infraestructuras deficientes			
	Vivienda en malas condiciones de habitabilidad			
	Espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias básicas			
SOCIAL-RELACIONAL	Deterioro de redes familiares (violencia, conflictividad,...)			
	Deterioro de redes sociales (violencia, dañinas, poco/nada enriquecedoras,...)			
	Inexistencia, escasez o debilidad de redes familiares			
	Inexistencia, escasez o debilidad de redes sociales			
MACROSOCIAL	Rechazo o estigmatización social (imagen social, estereotipos y prejuicios,...)			
	Falta de protección o cobertura legal, y/o administrativa que lleva a la vulneración de derechos			
	Falta, escasez o deterioro de infraestructuras y recursos			
	Modelos de organización social que promueven desigualdades y desequilibrios			
	Mala situación económica, social y política del lugar (crisis, guerras, corrupción,...)			
PERSONALES	Carencia, escasez o deterioro de motivaciones			
	Emociones y sentimientos destructivos y/o negativos			
	Pensamientos, ideas y actitudes poco o nada resilientes			
	Carencia, escasez o deterioro del desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para moverse con resolución en el entorno donde habitamos			
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	No acceso a la ciudadanía			
	Acceso restringido a la ciudadanía			
	Privación de derechos por proceso penal			
	No participación política y social			

Fuente: Elaboración propia a partir de Subirats y otros/as (2004) y Jiménez (2008)

Por un lado, hemos considerado interesante mantener el ámbito de exclusión de **factores personales** que propone M. Jiménez, ya que estamos de acuerdo con que hay ciertos elementos relacionados con lo personal que pueden estar impidiendo o dificultando el acceso a los recursos, los derechos y las obligaciones. Así, carecer de motivaciones personales, no desarrollar ciertas habilidades necesarias para el adecuado desenvolvimiento de las personas en su contexto vital o tener actitudes y pensamientos negativos, pueden ser verdaderas barreras para la inclusión social. En este caso, hemos concretado este ámbito en cuatro factores:

- Motivacionales. Carencia, escasez o deterioro de motivaciones.
- Emocionales. Emociones y sentimientos destructivos y/o negativos.
- Cognitivos. Pensamientos, ideas y actitudes poco o nada resilientes.
- Habilidades y destrezas. Carencia, escasez o deterioro de habilidades y destrezas necesarias para moverse con resolución en el entorno donde habitamos.

Por otro lado, se ha añadido un ámbito de exclusión que tiene que ver con los aspectos culturales que mencionaba M. Jiménez pero en un sentido más amplio. Nos hemos referido a ellos como ámbito de **factores macro-sociales** y hacemos referencia con él a elementos estructurales de la sociedad cuyo manejo escapa a nuestro control como profesionales de la intervención social pero que, claramente, están influyendo en los procesos de exclusión e inclusión de las personas y los colectivos. Nos referimos a legislaciones, relaciones entre países o modelos de organización política y social, por ejemplo.

Los factores que, desde nuestro punto de vista, dificultan la inclusión social de los grupos o personas en este ámbito, sería los que se describen a continuación:

- Rechazo o estigmatización social (imagen social, estereotipos y prejuicios,...).
- Falta de protección o cobertura legal, y/o administrativa que lleva a la vulneración de derechos (falta o deficiencias en la ley de aborto, falta o deficiencias en la ley de matrimonio homosexual, falta o deficiencias en la ley de extranjería,...).
- Falta, escasez o deterioro de infraestructuras y recursos a nivel nacional (carreteras, transporte público, escuelas, hospitales,...).
- Modelos de organización social que promueven desigualdades y desequilibrios (nacional e internacional).
- Mala situación económica, social y política del lugar (crisis, guerras, corrupción,...).



Así, por ejemplo, el hecho de que no exista una ley que reconozca y garantice el matrimonio homosexual, coloca a las personas de esta condición en un punto de partida de desventaja social con respecto a otras personas influyendo, obviamente, en el continuo inclusión/exclusión. Otro ejemplo sería la existencia de leyes de extranjería que en sí mismas generan dos tipos de ciudadanía. De hecho, la actual ley vigente en España sobre esta materia, distingue entre personas con acceso a todos los derechos, obligaciones y recursos y personas sin muchos de ellos por su condición de extranjero/a.

Igualmente hemos incluido en este ámbito, factores relacionados con la estigmatización y el rechazo. Lo diferenciamos del ámbito social-relacional porque este último está vinculado a elementos del contexto próximo de las personas y entendemos que aquí tratamos, muchas veces, con prejuicios y estereotipos que se manejan, no solo a nivel micro, sino también a niveles más amplios como el nacional o el internacional. La imagen social de una persona drogodependiente, por ejemplo, puede variar de una ciudad a otra, pero, en general está vinculada a la peligrosidad y la delincuencia en nuestro país y en muchos otros.

Por último, hemos incluido en este ámbito factores relacionados con el modelo de organización social. Las posibilidades de desarrollo y crecimiento como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, no son las mismas en unas sociedades que en otras, ya que algunos modelos de organización son más tendentes a generar desigualdades y desequilibrios que otros. Así, el propio modelo de organización social de los países occidentales tienen esta característica y no faltan voces que describan que, de hecho, están basados en la necesidad de que haya desigualdades sociales para que funcionen.

Al incluir este ámbito macro-social, asumimos que “también al interior de las sociedades ricas, es fácil constatar que la pobreza, la precariedad y la exclusión son componentes de carácter estructural y permanente” [Cabrera, 2007].

A continuación presentamos los principales resultados organizados en función de estos nueve ámbitos y sus factores.

ÁMBITO ECONÓMICO

La situación económica de una persona viene determinada por el nivel y el tipo de ingresos de la misma. En nuestras sociedades, resulta complicado imaginar una vida satisfactoria y autónoma sin ingresos económicos.

Las personas que han colaborado en el estudio coinciden al valorar la obtención de ingresos como un paso prioritario e imprescindible para lograr un proceso de inclusión. El trabajo cobra aquí un papel protagonista, pues es el principal proveedor de esos ingresos en el mundo occidental.

“(...) algún trabajo que pudiera tener o alguna ayuda o algo o que me aprobaran el 100% o trabajar, algo que pudiera...” [Mujer entrevistada].

“En este momento de mi vida lo primero, lo primero sería, manejando como me manejo ahora mismo, una jornada laboral y que esa jornada laboral me permitiera pagarme aunque fuese una habitación. Yo ahora mismo no me puedo pagar una habitación” [Mujer entrevistada].

“Pues lo que más me gustaría sería encontrar un trabajo, porque entre que no tengo formación ninguna, que son cursos cortos, lo laboral tampoco..., unas veces por lo (...), y otras veces porque no consigues trabajo, tampoco tengo mucha experiencia laboral” [Mujer entrevistada].

La **falta o insuficiencia de ingresos** económicos, constituye una de las barreras más destacables para las personas con un consumo problemático prolongado en el tiempo. Una proporción importante de las personas que han sido entrevistadas, han declarado no tener ningún tipo de ingreso o, en caso de tenerlo, muy por debajo del salario mínimo interprofesional.

“Sí, unas veces mejor, otras veces peor, yo estuve a punto de que me desahuciaran, gracias a que mi ex-marido tenía dinero y me lo pudo dejar, porque claro, con 300€, había meses que no comía o pagaba” [Mujer entrevistada].

“(...) porque yo dispongo solo de mi PNC, no contributiva de discapacidad, entonces con eso tengo que vivir, son 366 euros, entonces es muy poco dinero” [Mujer entrevistada].

En esta circunstancias quedan condenados/as a depender económicamente de otras personas (como amistades o familia) con las relaciones de poder que eso genera.



“Porque yo sé que tengo una edad, y si no tengo una independencia es jodido, porque siempre nos cuesta pedirle a los padres y llega un momento que se..., claro, ellos también, ya ves, con 700 y pico de euros que cobran, pues no pueden. Y, como está yendo mi madre a cuidar a una tía suya, pues por lo menos..., pero no se puede, no se puede. En mi casa se come mucho, se gasta mucha luz, y no puede la pobre, y claro, al no tener una independencia, decir, bueno, es que tengo mi sueldecillo, no tengo independencia (...)” [Hombre entrevistado].

“A veces dependen de las pensiones de alguno de los padres, o sea económicamente yo te cuido y tú me vas dando” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las posibilidades de ingresos de la población que nos ocupa, están basadas en economías de subsistencia (o de economía sumergida) y en trabajos precarios (sin cobertura social, sin derechos laborales o sin garantía de ingreso).

“(...) busco chatarra para vender después, para sacar algo, según van pasando los días, pues mira con eso que se encuentra” [Hombre entrevistado].

“Pueden encontrar opciones en comedor escolar, horarios ampliados también para poder trabajar y a veces el empleo doméstico conlleva pues eso, a lo mejor es un trabajo también temporal, sin contrato, están en la economía sumergida muchas” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Y muchos están sobreviviendo por lo que saben hacer, mucha, mucha gente. Tienen su furgoneta a lo mejor y hacen alguna mudanza, hacen no sé qué” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Bueno, no. En la residencia donde está mi madre, que la tenemos en una residencia, me solían llamar para hacer acompañamientos hospitalarios, que es a lo que yo me dedico; y entonces, yo acompañaba a los abuelos a sus consultas médicas, a mí me daban 20 eurillos y..., pero claro, al no poder andar ahora no puedo acompañar a los abuelos” [mujer entrevistada].

Se trata de formas de **ingreso económico inestable** que les mantiene en continuo estado de alerta y estrés por la posibilidad de que se puedan perder o mermar en algún momento.

“Termina en agosto (la ayuda) y ahora cuando termine pues no sé lo que haré” [hombre entrevistado].

En muchas ocasiones los ingresos provienen de **prestaciones o ayudas sociales** como la Renta Mínima de Inserción (RMI), o la Renta Activa de Inserción (RAIS),

“(...) sobre todo cuando él está parado, como cobra la ayuda, y a mí mi ex marido me está pasando 200€ (...) pero en febrero se me acaba el chollo. Claro, al estar él parado, bueno, los dos parados, estamos con la soga al cuello” [Mujer entrevistada].

“Pero para ir sobreviviendo, con eso podemos ir tirando, y con la ayuda de su madre, gracias a Dios” [Mujer entrevistada].

“No, estoy cobrando por mujer maltratada” [Mujer entrevistada].

“Ahora lo que tengo es la ayuda de la cárcel” [hombre entrevistado]

Vincular los ingresos económicos de una persona o familia a las prestaciones y ayudas sociales tiene el consabido riesgo de generar dependencia de las mismas.

“Dicen: Bueno, tengo lo mínimo (...) tengo mi subsidio, no me muevo pero porque ya estoy (...), para qué, si lo que tiene el vecino no es mejor que lo mío, gana un poquito más pero cómo está, hecho polvo, no puede ir al parque, no puede tal, romper esa rutina es materialmente imposible porque además el salario que tienen al otro no le llega tampoco para vivir dignamente, porque no le llega, entonces para qué” [Profesional participante en grupo de discusión].

Existe una tendencia a considerar que la única solución a su situación de deterioro y exclusión es la obtención de una prestación o ayuda social (de forma temporal o definitiva).

“y luego en el caso de no encontrar trabajo pues un apoyo económico, claro” [Hombre entrevistado].

“Yo no tengo ya derecho al salario social, lo utilicé la última vez hace dos años y pico y bueno, a ver si puedo pedir por lo menos algo, no cobramos nada” [Hombre entrevistado]

“Además es que yo quiero, ya no tengo nada, digo...bueno, por lo menos cobrar la minusvalía que son 300 euros” [Hombre entrevistado].

“Pues que me dieran, yo que sé, algún trabajo que pudiera tener o alguna ayuda o algo o que me aprobaran el 100% o trabajar, algo que pudiera, yo qué sé, vivir con mis hijas, tampoco quiero tanto, quiero muy poquito (...) y eso y es lo único que necesito, una pequeña ayuda” [Mujer entrevistada].

La dependencia de estas ayudas y prestaciones sociales (públicas o privadas) les lleva a mantener vinculación con los servicios sociales y con las organizaciones sociales.

“Que suelen estar vinculados también mucho a los servicios sociales, a las ayudas que les dan los servicios sociales para el transporte o con C., todas estas asociaciones de apoyo; vamos, yo los que tengo por lo menos están muy vinculados al trabajador social y servicios sociales de su zona y tienen ahí un apoyo” [Profesional participante grupo de discusión].



La solución al actual estado de deterioro social de nuestras sociedades y de las personas que vivimos en ellas, no debe depender única y exclusivamente de unos ingresos garantizados. Así, “la alternativa al problema de una «ciudadanía decaída» y/o precarizada» no es, no debe ser, una «ciudadanía subvencionada» (que tiene que estar circunscrita a los jubilados, los enfermos, las viudas y huérfanos y los casos extremos de necesidad), sino una iniciativa política tendente a generar las condiciones propicias para que todos los miembros de una sociedad tengan unas oportunidades razonables de acceder al desempeño de una tarea en su sociedad, para la que puedan prepararse con suficiente motivación durante sus años de estudio, y que proporcione niveles de ingresos en concordancia con el nivel de riqueza y desarrollo alcanzado en su sociedad y con el esfuerzo personal desplegado en su realización. Es decir, basada tanto en criterios de equidad como de reciprocidad” [Tezanos, 2008].

En esta línea, que explica J. F. Tezanos, algunas propuestas de los y las profesionales plantean, por ejemplo, la idea de adaptar los empleos a las capacidades y posibilidades de las personas, reivindicando que son, el empleo y la economía, los que tienen que estar al servicio de las personas y no al revés.

También plantean la posibilidad de **prestaciones temporales** asociadas a la evolución de la persona en su proceso de rehabilitación.

“si tú no encuentras trabajo y tienes patologías, pues pasas por un tribunal médico y por lo menos te dan la oportunidad de recibir un dinero, que no va a ser de cara al futuro porque todo es revisable hoy en día pero bueno por lo menos”. [Profesional participante en grupo de discusión].

“Incluso yo no vería mal, o sea una renta mínima condicionada..., el RMI te lo doy y no te pido nada, pues incluso aunque fuera 600 o 800 y que tuvieras que hacer algo, trabajar algo”. [Profesional participante en grupo de discusión].

Otras personas de los grupos de discusión, sin embargo, se plantean **ayudas económicas de por vida**, pues entienden que la inclusión de estas personas a la sociedad actual es prácticamente imposible teniendo en cuenta el estado de las mismas.

“La ayuda es general a algún tipo de renta, puede ser RMI o renta básica universal o lo que sea que garantice una supervivencia a este tipo de población y a la vez que se trabaje pues temas ocupacionales, temas sociales, familiares, etc., etc., etc.” [Profesional participante en grupo de discusión].

Es posible aceptar que, si la inclusión social de esta población es casi imposible en la actualidad, las prestaciones de por vida sean una solución, pero siempre y cuando éstas se entiendan como una medida práctica y temporal que debería acompañarse de otras medidas de tipo estratégico que busquen modificar la sociedad para que esta situación no se repita en el futuro. De lo contrario, estamos poniendo en marcha medidas que no hacen sino perpetuar las desigualdades y desequilibrios sociales. Compensar los puntos de partida de desventaja social con aportaciones económicas (altas o bajas) no puede ser la única medida a realizar si lo que pretendemos es, además de apoyar a las personas concretas en su proceso presente, lograr una sociedad más justa e igualitaria en un futuro.

Además, los trámites y procesos necesarios para solicitar y/o reactivar estas ayudas sociales, son tediosos y largos, lo que dificulta que se puedan compaginar con empleos temporales o precarios. De un lado, suelen retirarse estas ayudas cuando tienen otros ingresos, aunque estos sean bajos. De otro, la reactivación puede demorarse varios meses. Ambos hechos, impiden o dificultan el acceso a un empleo temporal, que hoy en día es el más frecuente, y potencian el que las personas se resistan a aceptar a estos empleos por no perder su ayuda durante meses. De nuevo, nos encontramos con situaciones que generan mayor dependencia de las ayudas y prestaciones sociales.

“Y luego los receptores de RMI por ejemplo con resistencias a la hora de buscar trabajo para no perder eso porque es con lo que subsisten, les condiciona a la hora de buscar, no aceptan trabajos temporales pues porque les perjudicaría (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las dificultades en los trámites administrativos son especialmente llamativas en el caso de los hombres que han pasado por prisión. Muchos pierden la ayuda de 18 meses a la que tienen derecho al salir, en detrimento de 3 o 4 meses de paro por haber trabajado dentro de la prisión y haber cotizado a la seguridad social. No parece muy facilitador que quien trabaja en prisión, en la práctica, reciba ayuda de menor continuidad y cuantía que quien no ha trabajado. Además, la mayor parte de las veces, no son concededores de estas circunstancias y salen de prisión creyendo que cuentan con esa ayuda.

En otros casos, desconocen si tienen derecho a algún tipo de prestación en función de su situación al salir de prisión (libertad condicional, libertad plena,...).

Este tipo de mediadas, finalmente, les llevan a evitar el escaso y precario empleo al que tienen acceso (tanto dentro como fuera de prisión).

“(...) en la cárcel, y yo creía que iba a cobrar el paro ese de excarcelación que son 18 meses y ahora llego allí, como había trabajado en la cárcel 3 años o 4 (...), pues me dicen que no, que no tenía derecho a ese, que tenía derecho a otros seis meses” [hombre entrevistado].



“Pero me dieron 4 meses por haber trabajado, para que veas lo que es la ley, si yo no llego a cotizar a la Seguridad Social hubiera cobrado 18 meses” [Hombre entrevistado].

“Y entonces voy a arreglar lo del paro y ahora me dicen que yo no tenía derecho de cobrar el paro esos seis meses porque yo estaba en libertad condicional” [Hombre entrevistado].

Es frecuente además, que se sientan abrumados/as por la burocracia y la complejidad de algunos trámites administrativos.

“Pues he echado lo de la RAI, esto de que saco..., pero claro, ahora con esto de que..., los inventos esos, que si tienes hijos a tu cargo, que si no sé qué, que si no sé cuántos (...)” [Hombre entrevistado].

Estas situaciones de inestabilidad, dependencia y escasez de ingresos económicos se ven agravadas muchas veces por la **existencia de deudas**.

“No, ahora mismo no. Espero cobrar algo este mes, pero nada, para pagar, porque como vas arrastrando tanto, de deudas y eso, tengo lo de la responsabilidad civil que me la quiero quitar, que son 2.000 y pico de euros, y nada, lo que cobre por el accidente, pues va a durar, pues 24 horas, porque cuando empiezas... 400€ no da para mucho” [Hombre entrevistado].

Los resultados muestran que la situación económica de la población drogodependiente cronicada es devastadora. De los factores que, Subirats y otros/as, proponían en este ámbito, hemos encontrado que se dan todos ellos. Además, la situación se agrava al comprobar que las posibilidades de lograr unos ingresos más altos y estables son, sino imposible, altamente costosas e improbables.

ÁMBITO LABORAL

Es obvio que el ámbito laboral está estrechamente relacionado con el económico sin embargo, “no se puede olvidar que el empleo, además de ser la fuente básica de ingresos de las personas y, por tanto, un medio de subsistencia, también constituye un mecanismo de articulación de relaciones sociales. De aquí que la carencia o la precariedad en el empleo tengan efectos en términos de exclusión social, que van más allá de la cuestión estrictamente económica” [Subirats y otros/as, 2004].

Por otro lado, y desde una perspectiva de género, el ámbito laboral constituye unos de los principales elementos de la **identidad masculina**. Si bien es cierto que las mujeres están incorporadas al mercado laboral y que este ámbito comienza a ser parte también de la construcción de género femenina, en el caso de la identidad masculina, no solo forma parte de ella sino que es prácticamente el pilar más destacable de la misma.

Es, probablemente, por este motivo que la mayor parte de los hombres entrevistados han relacionado en sus discursos el empleo con la posibilidad de ocupar el tiempo y de “tener algo que hacer”.

*“Tener algo, algo (...), en vez de tantas vueltas a la cabeza, cualquier actividad, ¿no?”
[Hombre entrevistado].*

*“El trabajillo me vendría bien para evadirme. Estoy de voluntario con la CR, salgo mucho de voluntario, y ayudar a la gente que tiene problemas, y tengo llamado (...), no, pero...”
[Hombre entrevistado].*

Con mucha probabilidad, los condicionantes de género en la construcción de la masculinidad, expliquen también el hecho de que la mayor parte de hombres entrevistados hayan hablado del empleo como la pieza clave de su proceso de inserción. Algunos, incluso, como el único factor a trabajar a pesar de hallarse en un momento de consumo activo.

“- Para llevar a cabo tu vida con plena satisfacción ¿qué problemas encuentra?

- El único que tengo.

- ¿Cuál?

- No tengo trabajo, yo sólo trabajo en las ferias, saqué 4.000 euros hace dos meses (...)

[Hombre entrevistado].

De la misma manera y por los mismos motivos, muchos describen la falta de empleo como unas de las causas principales de sus consumos, recaídas y procesos de exclusión.

“Porque yo, hombre, si hubiera tenido mi trabajillo yo creo que no había llegado a esa situación, porque ya te digo, yo estaba muy bien, y te vas a tu trabajo, pues tal” [Hombre entrevistado]



No obstante, también encontramos casos de hombres que son críticos con esta visión del empleo y reconocen en sus discursos que lo laboral es sólo un aspecto más de su proceso personal de inserción.

“porque también he estado trabajando y he estado consumiendo, pero claro no sé cómo, si me hubiera venido bien o me hubiera venido mal, yo creo que me hubiera venido bien, porque claro, sales de prisión, te ves otra vez en la calle (...) te encuentras otra vez la situación, y ves que no es lo que te esperas, y claro, no sé yo, porque como no te dan oportunidades (...)” [Hombre entrevistado]

En el caso de la construcción de la **feminidad**, no es tan frecuente la vivencia del empleo desde esta perspectiva. Incluso algunas mujeres explicitan claramente que si tienen garantizado el ingreso de dinero, para ellas el trabajo pierde mucho interés porque tienen otras muchas inquietudes e intereses.

“Pero cuando no es así lo de que dignifica el trabajo, lo único que te da es dinero y una responsabilidad, unos horarios, muy estricta, pero sí es verdad que bueno, también ves a otra gente, te obligas a arreglarte, no sé qué, que yo creo que ya te digo que en ese aspecto no tendría problemas teniendo dinerito, con mi tiempo” [Mujer entrevistada].

En las entrevistas, ellas tienden a ver el empleo como facilitador de otras cuestiones de tipo relacional, destacando el empleo como una oportunidad para conocer personas y establecer nuevas relaciones. En el caso de las personas con problemáticas de consumo, este es un factor muy importante, pues sus redes están muy deterioradas o están muy vinculadas al mundo del que intentan salir.

Del mismo modo, destacan el papel del empleo como organizador de la vida y sus tiempos.

“Pues el trabajo me permitiría... ¿me entiendes?, mi casa, mis 7 horas, mis 8 horas y eso también te da pie a nuevas amistades” [Mujer entrevistada].

“El tiempo libre ocuparlo, mediante algún grupo, donde estoy no tengo ordenador, entonces cuando vengo a Madrid vengo tan programada los 3 días, que me falta tiempo, la psicóloga, mi médico, mi tal. Yo soy activa "que tienes que hacer esto", que no es que me falte iniciativa, pero como estoy entre aquí y allí, por eso mi necesidad de trabajo para asentarme un poquito” [Mujer entrevistada]

En relación a las **diferencias de género** en el ámbito laboral, parece que las mujeres drogodependientes mayores de 45 gozan de mayor empleabilidad cuando hablamos de perfiles poco cualificados, como limpieza o cuidados.

“Yo tengo gente, mujeres mayores de 45 años y han hecho mucho empleo doméstico sin contrato generalmente, que lo mismo, estudios primarios y con necesidad de formación porque ahora para acceder a ese empleo doméstico o para geriatría se requiere titulación o una formación básica” [Profesional participante en grupo de discusión].

“En ese aspecto por ejemplo las mujeres yo creo que tienen como la ventaja, yo me estoy acordando ahora una que tengo en Alcalá de Henares que la acaban de contratar de interna y tiene 50, que esa parte como de que pueden como más de trabajar en domicilios” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Hay más inserciones en mujeres, comparado el tanto por ciento, bastante más, a lo mejor un 7% más o por ahí que en hombres. También es verdad que hemos tenido muchas mujeres, no sé si era en el pasado a lo mejor y el anterior sobre todo, con discapacidad y esas se las colocaba en dos días” [Profesional participante en grupo de discusión].

No ocurre así en los casos de alta cualificación. Es más probable que, la existencia de empleo feminizado y precario es abundante explique con mayor facilidad por qué las mujeres tienen mayor empleabilidad. Sin embargo, cuando hablamos de mujeres con alta cualificación, nos encontramos con los mismos problemas (o mayores) que los hombres.

“Yo he tenido mujeres con alta cualificación y tenían la misma problemática” [Profesional participante en grupo de discusión].

A pesar de que la empleabilidad sea alta (o no tan escasa), cabe recordar que “la exclusión laboral no se expresa únicamente en la carencia de empleo, sino que tiene relación con las diversas situaciones de precariedad laboral, en algunos casos de carácter endémico, que se contraponen fuertemente a la situación de empleo estable y con una serie de derechos adquiridos” [Subirats y otros/as, 2004].

En relación al **historial laboral** de la población que nos ocupa, y en relación a las otras formas de exclusión laboral que habla Subirats, éste suele ser escaso o inexistente y caracterizado por ausencia o escasez de cobertura social, por existencia de economía de subsistencia, falta de condiciones laborales mínimamente dignas o alta inestabilidad.

“He estado trabajando para la misma empresa un tiempo. Pero muy..., lo que más tiempo fue cuando estuve trabajando en el campo, que fueron dos años y pico. Lo que es estar trabajando que si en acompañamientos hospitalarios también he estado” [Mujer entrevistada].

“Asegurado tengo 7, pero yo he trabajado sin asegurar algún tiempo, vaya, por lo menos..., no he trabajado mucho pero sí 2 o 3 años tendría, pero sin contrato” [Hombre entrevistado].

“He estado sin trabajar desde el 2007 o así y estuve un tiempo, tampoco mucho” [Hombre entrevistado].



Además de escaso o inexistente, el historial laboral de estas personas tiene muchos vacíos temporales y con ausencia de especialización o conocimientos específicos en algún sector. En caso de poseer conocimientos específicos, éstos suelen estar obsoletos o ser muy básicos.

“La típica frase de ellos es: Yo trabajaría de cualquier cosa. Es decir, porque no tienen a veces objetivo profesional definido, las demandas o los requisitos a los puestos de trabajo no los cumplen, entonces estaban acostumbrados a trabajar de lo que sea, eran peones, donde no te pedían una cualificación, y ahora eso es un problema” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Sobre todo son parados de larga duración, que llevan más de un año parados, que han estado en muchísimos trabajos distintos ya que no tiene un objetivo profesional definido” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Luego tenemos mucha gente que ha tenido trabajos cualificados pero que se han quedado desfasados, o sea que han ido a trabajar en artes gráficas y que ahora el tipo de trabajos que desempeñaban no tiene nada que ver con lo de ahora, gente incluso con formación universitaria que no puede acceder a puestos de trabajo y han tenido puestos bastante buenos, tengo varios, bastantes casos de esos y tienen muy dificultad, o sea ni siquiera con formación. Como la formación toda la que hay ahora está más pensada para los jóvenes que para edades más altas, pues lo tienen muy difícil [Profesional participante en grupo de discusión].

En el caso de haber ingresado en **prisión** (cuestión altamente frecuente en el caso de los hombres), la situación se agrava más, pues las dificultades para encontrar trabajo y las probabilidades de sufrir una exclusión más acuciada se hacen mayores.

“En peores condiciones por lo que puede agravar enfermedades. En fin, entonces creo que es algo que es importante en lo que se encuentra este colectivo que puede agravar mucho más esa situación de exclusión, de romper las relaciones familiares, de este vacío laboral porque si es difícil la inserción laboral como comentabas tú, también encima cuando tienes siete años de prisión (...) en un curriculum. Que se encuentra con muchas más trabas y creo que también es, no todo el mundo pero sí sobre todo los hombres, yo la mayoría de los que conozco han tenido una o varias entradas” [Profesional participante en grupo de discusión].

La **edad** es otro elemento que aumenta la dificultad de acercarnos a un pleno ejercicio de ciudadanía. Una persona mayor de 45 tiene más fácil quedar fuera del mercado laboral e iniciar un proceso de exclusión laboral. La población con esa edad que, además, tienen problemas de consumo de drogas, aún más.

“Otro hándicap es que tengo 52 años y que, bueno, tengo también mis problemas, no soy un tío muy capaz, no tengo una profesión determinada en la que pueda decir llevo 20 años trabajando en esto, yo no tengo experiencia de nada, tengo que coger los trabajos que cogería cualquiera” [Hombre entrevistado].

“Y claro encuentro que tengo 3 meses de empleo, pero 3 meses no es nada, ahora se acaban y me quedo en la calle, sin dinero, buscarme la vida ya con una cierta edad, con un historial que tengo detrás y la gente lo mira mucho, quieras que no la gente no termina de confiar [Hombre entrevistado].

“Yo he llegado hasta a tener tres trabajos, fines de semana, todo lo partía, en unos trabajaba por la mañana, en otros por la tarde, y ahora eso ya no sale, antes iba de boca en boca, y como aquel que dice se peleaban por la persona, y ahora no, y sé que está difícil, la edad me tira”. [Hombre entrevistado].

Las personas consultadas a través de este estudio, coinciden en resaltar que la **crisis** no ha hecho sino agravar la situación. No hay que olvidar que “la crisis económica que se inició a finales de la primera década de 2.000 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” [Ramírez de Arellano, 2012].

Por un lado, se han disparado las solicitudes de especialización. Los criterios de selección son cada vez más exigentes y se solicitan perfiles con cualificaciones y titulaciones muy superiores a las necesarias para desempeñar el puesto de trabajo.

“Y antes, eso, antes cogías el periódico y para limpiar pues no había mayor problema, una empresa, "Necesitamos chico", iba yo y me cogían al día siguiente, ninguno eran trabajos muy buenos pero sí trabajaba 6 meses, un año, te iban haciendo contratos. Pero ahora te mandan para una selección, hay una selección dentro de la selección y cogen a gente que tú dices: bueno, para limpiar qué necesitas, que sea una persona que tenga una carrera o que hable muy bien.” [Hombre entrevistado].

“Y si me pongo hago las cosas, para la cocina lo mismo, y he aprendido a trabajar, y he llegado y he trabajado en buenos restaurantes, y ni he hecho cursillos ni nada; pero claro, ahora mismo está la cosa muy mal, hay mucha gente joven, han salido muchos cursos de estos de..., esto con la moda esto del chef este, la gente (...) Ahora la gente ha empezado a estudiar más de cocina, lo que antes no. Yo estaba trabajando y venían: oye, vente conmigo, qué cobras ¿mil?, te doy 2.000". Ahora no” [Hombre entrevistado].

Por otro lado, se han precarizado los empleos. Menores derechos laborales, peores condiciones laborales y mayores exigencias.

“Entonces eso, me puede salir como me ha salido allí, he arreglado cuatro jardincillos así y me han dado que si 20, que si 30 euros, que si 50, depende del trabajo” [Hombre entrevistado]

“No, por esos problemas te digo, de que no hay trabajo, que no es como antes que ibas a cualquier lado y te decían: ¿no tienes trabajo? Vente para acá. Ahora no, ahora está difícil.” [Hombre entrevistado]



“Contratos temporales muchos de ellos sí tienen alguno de vez en cuando” [Profesional participante en grupo de discusión].

Estas circunstancias han afectado más a ciertos sectores profesionales.

“Muchos tienen un perfil profesional de la construcción y evidentemente ahí se agudiza las dificultades para encontrar empleo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Es difícil conciliar la vida personal y laboral y adaptarse a las exigencias físicas, psicológicas y sociales de los empleos hoy en día. En el caso de la población drogodependiente cronicada, se cruza además con problemas de salud o con falta de hábitos básicos de trabajo que hacen que muestren claras **dificultades para cumplir con las exigencias de las jornadas laborales actuales.**

“Entonces bueno, pues eso, de momento una jornada parcial que me ayude económicamente y tener eso, mi currillo, que no me mate pero, ¿sabes?, que me cree una responsabilidad y que me haga ganar un dinerito para suficiente para tener el tiempo libre que tengo poder hacer lo que yo quiero” [Mujer entrevistada].

“Adaptarme, ahí necesito un poco de ayuda, tampoco quiero, no me echo para atrás a la hora de trabajar, lo que pasa es que ahora sí estoy notando dificultades, pero bueno lo intentaremos por todos los medio” [Hombre entrevistado].

Estas dificultades, que son más acuciantes en el caso de las mujeres al ser las responsables principales del cuidado de otras personas, hacen que muestren resistencia y ciertos temores a realizar algunos trabajos afectando a su autoestima y la confianza en sí mismos.

“Luego cada vez que he acudido al CAP me he puesto a trabajar, dentro de lo que hay, porque hay cosas que no soy capaz, no me atrevo a hacerlas” [Hombre entrevistado]

“Por eso en los trabajos, no sé por qué, no llego a encajar” [Hombre entrevistado]

Además, las exigencias de los empleos a los que tiene acceso les ponen a veces en la tesitura de tener que dejar de cumplir con otras tareas que son imprescindibles en su proceso de inserción, como seguimientos médicos, visitas a servicios sociales.

“Por nuestra parte insistimos mucho en el cuidado de la salud, en las citas médicas, no sé cuántos y por otra parte las empresas no están preparadas para tener gente, que me tengo que ir al médico, que me tengo que ir al médico, o sea es una dificultad importante” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las limitaciones para cumplir con las exigencias del empleo, nos llevan a plantearnos posibilidad de adaptar los empleos y sus condiciones, a las personas y su diversidad (a estos y otros perfiles).

“Vamos a imaginarnos el caso de que está fenomenal de consumos, que pueden tener; bueno, pues la poca formación, pocas posibilidades de inserción pero en una empresa normal... difícil, porque tiene unas patologías, no estoy hablando mentales, orgánicas asociadas, que necesita ciertos cuidados que no en todos los puestos de trabajo... Entonces no puede acceder a todos los puestos de trabajo” [Profesional participante en grupo de discusión]

“Luego también yo creo que se necesitan recursos de empleo adaptados, es decir, un empleo pues que (...) que esté adaptado un poco a sus condiciones cuando una persona llega a ese puesto de trabajo, a lo mejor medias jornadas, tal (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

Al igual que ocurre en otros ámbitos, la situación de los factores laborales está en los niveles máximos de exclusión. La inserción laboral de estas personas se convierte en un proceso lento y largo en el que se hace imprescindible dibujar y acompañar un itinerario adaptado a las necesidades, punto de partida y evolución de cada persona.

“Todo el trabajo que hay que hacer para que la persona abandone un hábito como el consumo no se hace en seis meses, o como en los pisos de reinserción que tiene otros seis meses creo, ¿no? para búsqueda de empleo, pero ¿quién de nosotros se queda en el paro y en seis meses encuentra trabajo? Pues mucho más una persona que no ha trabajado nunca o que si trabajó fue de aprendiz de carnicero con 16 años y tiene 54. Entonces no se soluciona ni en 6 meses ni en 6 años”. [Profesional participante en grupo de discusión].

Un apoyo real en la búsqueda de empleo facilitaría el acceso de esta población a una vida de derechos y obligaciones como cualquier ciudadano/a. En esta línea, la **intervención del estado** para garantizar las posibilidades de inserción laboral de estas personas, se convierte en una clave fundamental.

“Apoyo de las instituciones, porque si no es muy difícil trabajar al principio, que te puedas incorporar a una empresa, desarrollar tu trabajo, por tanto el apoyo para iniciar, esas cosas son fundamentales” [Hombre entrevistado].

“Y es que cuesta muchísimo encontrar trabajo y claro, si no son los organismos pues lo tienes bastante mal” [Hombre entrevistado]

Entre las medidas que aparecían en los discursos como posibles facilitadores del proceso de inserción social, se habló de la **intermediación**.

“Apoyos, efectivamente, intermediación, que me mandéis a empresas, que no sé qué, que me facilitéis los recursos para la búsqueda y la preparación” [Mujer entrevistada].

“Pues entre las empresas y la gente para hablar con ellos un poco, quitar el miedo de que tal” [Hombre entrevistado]



Las limitaciones y dificultades descritas en relación al ámbito laboral, dificultan la incorporación al mercado laboral de estas personas, ya que el deseo de contratación por parte de las empresas es muy reducido. Las **bonificaciones** que se dan a las empresas por contratar a personas en riesgo de exclusión social, parecen no estar siendo muy efectivas debido a que, en cierta medida, resultan ridículas económicamente para las empresas.

“Es que es tan poquito que el empresario si tiene un poco de perjuicios ya no; bueno, ya hablo de cualquier perfil, ya no hablo de que tenga una drogodependencia ni cosas así. Un empresario que contrate a un joven de 30 años o uno mayor de 45 la diferencia son 12 euros mensuales en 3 años, es que no” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otra medida que proponían las personas consultadas, es la de **proteger el empleo para mayores de 45** o, incluso, **para personas en riesgo de exclusión**, de la misma manera que se ha hecho para personas con discapacidad. De hecho, estas medidas de protección parecen estar funcionando en el caso de la discapacidad.

“La discapacidad ahora mismo está en un nivel alto de empleabilidad casi, da igual la edad que tengas, pero si tienes discapacidad, nosotros trabajamos con muchas mujeres que tenían discapacidad y se colocaron rápidamente. [Profesional participante en grupo de discusión].

“para mayores de 45 años ahora la baza que tendríamos es que se hiciera lo mismo que se hace con discapacidad, que se hiciera una bonificación porque si no están fuera, si ya con 35 años estás fuera” [Profesional participante en grupo de discusión].

“O incluso un certificado de exclusión, un certificado de algún tipo que valorase un poco la situación de este tipo de personas en relación al empleo, pues que su particularidad no le hace ser lo mismo de productivos que una persona en una situación normal” [Profesional participante en grupo de discusión].

No faltó quien planteara el unir fuerzas en este ámbito con salud mental para ejercer más presión y tener mayor capacidad resolutive.

“Las políticas que estamos teniendo en Madrid que empecemos a trabajar un poco en ese ámbito, que el futuro yo creo que está de cara a los incorpora y la inserción laboral va ir muy ligada a hacer cosas con personas de salud mental” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las formas de proteger el empleo pueden ser múltiples y una posibilidad que surgió en los grupos de discusión fue la de establecer cláusulas de inserción en los contratos de la administración pública con las empresas.

“Entonces más que las empresas de inserción, como dices tú que son poquitas, tienen una capacidad limitada, nosotros sí que habíamos pensando cómo trabajar los técnicos del ayuntamientos para que se pusieran cláusulas de inserción dentro de los contratos que la administración hace con empresas, o sea algo que lleva contratación. Porque esta gente no accede al mundo laboral, esta gente necesita poder trabajar para luego decidir sobre él y para poder verlos tienen que tener un algo, cláusula de inserción, una subvención” [Profesional participante en grupo de discusión].

El **apoyo a la iniciativa empresarial** de una forma realista, también aparece como una propuesta para promocionar la inclusión social. Se puso como ejemplo algunos casos de países europeos donde se está haciendo.

“Es que cruzas los Pirineos para arriba, para Francia y hay una normativa distinta, es mucho más fácil emprender en Francia que en España, y no digas en Holanda, o sea es mucho más fácil” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por último, y vinculado a este apoyo al emprendimiento, se invitaba a hacer más realista el proceso cambiando la manera en la que se miran algunas formas de economía.

“Tenemos mucha gente que está en lo que llamamos economía sumergida y hay mucha economía sumergida en España pero en otros países de Europa no sería economía sumergida, es decir, que aquí si no pagas un seguro de autónomo de 300 euros, o sea dicen que estás en economía sumergida, en otros países de Europa con más empleo que en España hasta que no llegas a un nivel mínimo de facturación ni siquiera estás obligado a facturar, a emitir facturas y no se considera que eso sea ilegal. Entonces aquí en España ese tema está como, que facilitan muy poco, tenemos al mayor de 45 años que a la hora de emprender es que ni se lo plantean porque es que imposible” [Profesional participante en grupo de discusión].

ÁMBITO FORMATIVO

La formación es un aspecto clave en los procesos de inclusión y exclusión social por cuanto otorga competencias para adaptarse al mundo laboral y, al mismo tiempo, contribuye al desarrollo personal y social.

A pesar de la importancia de esta última aportación de la formación a la persona y su desarrollo, solo los discursos de las mujeres recogían elementos vinculados con el **crecimiento personal y social** a través de la formación.

“Pues por ejemplo me gustaría sacarme la ESO, pero me cuesta muchísimo el arrancar. También puedo..., y estoy mirando cursos, bueno, solía, que tendría que retomar otra vez el control, y...” [Mujer entrevistada].

“Sí, me está ayudando de hecho, me está ayudando primero a volver a recuperar el hábito de estudio, que he sido muy buena estudiante pero, ¿sabes?, años a, o sea años a. Entonces, bueno, pues recuperar ese hábito me satisface, me satisface y además es productivo” [Mujer entrevistada].

Otras mujeres destacaban la importancia de la formación para **conocer gente nueva y reforzar sus redes sociales y de apoyo**.

“La formación, que he hecho varios cursillos, además ahí ha sido donde he vuelto también a contactar con gente y gente con la que me sigo hablando después de muchos meses del curso, aunque sea por whatsapp, o quedas una vez cada cuatro meses pero, bueno, hay algo ahí, ¿sabes? Y bueno, luego tengo un par de personas, amistades que he hecho en el S., (...) libros, soy una lectora apasionada empedernida y eso me satisface un montón” [Mujer entrevistada].

Sin duda, esta diferencia entre hombres y mujeres a la hora de valorar la formación, está relacionada con los condicionantes de género. Sería interesante indagar en este asunto a través de investigaciones que den explicaciones sociales a este fenómeno. Aquí, solo nos aventuramos a apuntar que la mayor importancia para las mujeres de los aspectos sociales de la formación, puede tener que ver con elementos como la comunicación y lo privado (aspectos muy ligados a la feminidad).

La exclusión formativa tiene que ver con varios factores como la falta de acceso a la escolarización, el analfabetismo o el fracaso escolar. En la mayor parte de los discursos analizados, la formación ha sido mencionada en relación al **ámbito laboral**.

“Pero claro buscas trabajo y no te dan ninguna opción de formarte, pues lo tienes bastante mal, porque ya no vas con las mismas condiciones que los demás” [Hombre entrevistado].

“Estamos hablando que tienen estudios primarios, no tienen formación un poco profesional y la competencia es máxima ahora para acceder a ese tipo de empleos” [Profesional participante en grupo de discusión].

Generalmente el nivel formativo de las personas consumidoras de larga trayectoria es bajo, por lo que este factor suele dificultar la inserción social y, sobre todo, en el aspecto laboral.

“Hombre yo creo que podría con un trabajo, lo que pasa es que no tengo estudios, cuando yo era niña mis padres tenían un circo y sabes que con el circo no teníamos para eso” [Mujer entrevistada].

“A lo mejor no terminaron ni la EGB, se pusieron a trabajar y no tienen ningún tipo de formación complementaria” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Generalmente son personas sin estudios porque a esos años se dejaba el colegio y que se ponían a trabajar” [Profesional participante en grupo de discusión].

Dada la escasa cualificación profesional de la mayor parte de las personas que conforman esta población, la necesidad de formación para el empleo ha sido citada en multitud de ocasiones por las personas que han colaborado en el estudio.

“(…) jardinería, hice dos cursos como te cuento y eso me ha gustado mucho, busqué trabajo en ese mundo pero no encontré nunca. Ya ha pasado el último hace cinco años o más, no sé exactamente la fecha, en el 2003, no sé. El caso es que sí, que me gustaba mucho, aproveché, estuve un tiempo buscando porque bueno, me gustaba el trabajo y, bueno, y había, decían que había, y sí, vi movimiento pero nunca me llamaron a mí” [Hombre entrevistado].

Esta formación para el empleo se plantea, por un lado, por las posibilidades de **reciclaje** de una profesión que ya tenían.

“Yo qué sé, con 3 meses más a ver si me pueden meter y tal, reinsertarte un poco, yo qué sé, hacer prácticas en algún lado para aprender mejor un oficio o el que ya tienes, que yo soy carnicero, pues trabajar en el tema. Pero vamos soy oficial de 1ª en despiece, pues que me dieran más opciones, hacer prácticas o algo un poco para reciclarme e ir cogiendo un nivel bueno para trabajar, que después de tanto tiempo, pues retomar y trabajar todo seguido al nivel que exija la empresa, pues cuesta mismo” [Hombre entrevistado].

Otras veces, se concibe la formación para el empleo como una oportunidad de incluirse en **nuevos nichos de mercado**, obteniendo una formación específica de algún área con nivel de empleabilidad alto.

“Entonces yo pienso en reciclarme, porque jardinería, jardinería es mi vida, pero mis huesos están...y yo cumplí el otro día 49 años, entonces lo de los cursos es por reciclarme y porque mi currículum también está muy... ¿sabes?, yo lo enseñé y te quedas así, 49 años y de vida laboral si hay 10, son muchos. (...) hace poco fui a un sitio y me dijeron: pero es que lleva mucho tiempo sin formar. Me senté delante de un ordenador y sentía vergüenza (...)” [Mujer entrevistada].



Al encontrarse fuera del sistema educativo, la obtención de titulaciones es muy complicada. Por eso, la formación que más comúnmente se ofrece para estos perfiles está destinada a la cualificación básica y la rápida inserción. Sin embargo, y debido en parte a la crisis actual, la necesidad de especificidad y titulaciones que demuestren adquisición de conocimientos y destrezas, es cada vez mayor.

Otras personas entrevistadas entienden la formación como un apoyo a su proceso de inserción cuando les proporciona una **titulación**.

“Sí, le dije a B. que me lo mirara, pero con título, qué había de formación. Digo: «eso a mí no me interesa, yo formado estoy». Quiero un título. Yo, ya que me voy a meter, prefiero estar 6 meses y salir con un título de cocina, de esto, porque formación nada, te dan un diploma de esos como que lo has hecho y nada, eso no te vale” [Hombre entrevistado].

“De hecho mañana tengo..., a ver si tengo también la posibilidad de entrar, porque aquí estoy pendiente a ver si puedo hacer un curso de jardinería, de 6 meses” [Mujer entrevistada].

En muchas ocasiones estas personas se topan con la **dificultad de finalizar los cursos**. De nuevo el cúmulo de factores tendentes a la exclusión es tan alto y los frentes abiertos son tantos, que concluir los procesos iniciados en cada recurso resulta casi imposible.

“Bucle peligroso porque a veces comienzan formación y no la finalizan, claro, estamos hablando de gente (...) de la construcción y entonces les salen chapuzas, un poco empleo sin contrato y, a lo mejor, están embarcados en un curso y tienen que dejarlo abandonado una semana para hacer la chapuza, luego no vuelven al curso. Entonces siguen en esa situación precaria de formación, entonces son poco empleables en ese sentido, aunque luego ellos se saben buscar la vida para buscar ese tipo de empleos porque tienen contactos” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otras veces, la existencia de otros factores de exclusión les **impide acceder a los cursos** como, por ejemplo, la falta de ingresos.

“Luego hay otro problema que es el de, la carencia de recursos por ejemplo no les permite acceder a mucha formación, o casi ninguna” [Profesional participante en grupo de discusión].

“O sea carecen de formación, luego si quieres hacer cualquier curso (...) laborales cuesta un dinero que no tienen, la mayoría no tienen carnés” [Profesional participante en grupo de discusión].

En ocasiones, son las cuestiones administrativas las que les impiden el acceso a la formación, como los criterios de inclusión de los cursos que, normalmente, dejan fuera a los mayores de 45 años.

“Que luego los que quieran hacer formación es que no van dirigidos a ellos, entonces el otro día un chico mío un curso para electricista de un año pero, claro, como tenía 47 fuera, porque era hasta 45, entonces aunque quieran reciclarse no pueden, en formación gratuita, y pagando no tienen dinero, o sea que están como muy fuera de todo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otras veces, la formación a la que tienen acceso está obsoleta o **poco adaptada** a las necesidades del mercado laboral y a las necesidades y especificidades de las personas con larga trayectoria de consumo.

“¿Por qué no se hacen los cursos reales a lo que buscan las empresas? Hay cursos que no están demandando las empresas ni hartas de vino, con todos mis respetos. Había uno de contabilidad y de no sé qué que estaba más pasado que la tana. Y todo el mundo haciendo ese curso. Pero para qué, si ahora se está utilizando otro tipo de contabilidad u otro tipo de programa de nóminas, ¿Por qué están en esos cursos que no acreditan, que no necesitan las empresas? En Alemania, por ejemplo, eso no existe, se sientan y consensuan... necesito esta formación” [Profesional participante en grupo de discusión].

“En los cursos de fontanería de la Agencia, se ve el plomo, es decir, ¿en qué curso de fontanería se trabaja con plomo? En ninguno, en el nuestro sí” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo hablando el otro día con una empresa con la que tuvimos un problema laboral, me decía: «vale, esta persona, tal, bien, también tiene usted que entender que el curso con el que me vino, es que le hemos tenido que enseñar de cero, y se supone que tenía el carné de carretillero. ¡De los 70! Me viene con un curso de carretillero de un montón de horas y le veo cómo coge la carretilla». Vergonzoso” [Profesional participante en grupo de discusión].

En otras ocasiones están adaptados a las necesidades del mercado pero no a las especificidades de las personas y su historia laboral.

“Inglés para la construcción, que sí pero que no. Es que es verdad, apuntale a un curso de inglés ¿para decir qué? do you..., 16 meses, o sea una burrada, o sea se invierte ese dinero en formar a esa persona en otro tipo de competencias. El inglés es muy necesario y ojalá supiésemos todos inglés correctamente pero de verdad, póngale en prevención de riesgos laborales que le va a hacer falta, en las tarjetas estas, o sea ahórrales costes en carnés, en estas cosas, pero en inglés, venga, obligatorio, mil cursos de inglés, hasta para mí, o sea sinceramente” [Profesional participante en grupo de discusión].

La población mayor de 45 años con larga trayectoria de consumo de drogas, suele sufrir todos los factores de exclusión que aparecen en la propuesta de Subirats y otros/as y que hemos recogido en la nuestra propia. Así, el ámbito formativo también refleja síntomas extremos de exclusión social, reduciendo las posibilidades de alcanzar un el ejercicio pleno de la ciudadanía.



ÁMBITO SOCIO-SANITARIO

“La salud, tanto en términos de acceso a los servicios básicos universales, como en el estado de la misma y sus relaciones con las condiciones de vida y trabajo, es otro de los ámbitos donde las desigualdades sociales se manifiestan con mayor fuerza” [Subirats y otros/as, 2004].

“Por otra parte, ciertas enfermedades que tienen un carácter duradero y/o difícilmente reversible, o que dejan secuelas, soportarán la exclusión o el rechazo social con mayor intensidad y duración en el tiempo que otras.” [Ibíd.].

Las adicciones, constituyen una de esas “enfermedades” que soportan la exclusión y el rechazo social. Es obvio que, para la población que nos ocupa, el ámbito socio-sanitario es un elemento que les acerca al extremo negativo del continuo inclusión/exclusión, tanto en lo relacionado con el acceso a los servicios sanitarios como en el estado de la salud.

En relación al estado de salud de las personas drogodependientes cronicadas, es frecuente que esta se encuentre muy deteriorada por el consumo y las condiciones de vida que van asociadas al mismo. El **daño cognitivo** asociado al consumo, ha sido citado en varias ocasiones por personas consumidora y por profesionales.

“(...) con los más mayores con largas trayectorias de consumo efectivamente es una característica que termina... terminan apareciendo rasgos psicóticos, más o menos controlados, que daña más o menos” [Profesional participante en grupo de discusión].

“(...) de salud mental, de habilidades, que no puede hacer un proceso de abstracción, de interiorizar, de asimilar, de todas esas, de toma de conciencia de su situación, de afrontamiento, entonces esas personas pues trabajamos reducción de daños y procurarle el recurso más adecuado para que tengan una vida lo más autónoma posible, hasta donde cada uno pueda llegar, ¿no?” [Profesional participante en grupo de discusión].

Este daño cognitivo lo asocian, no sólo al consumo de drogas, sino al propio tratamiento sustitutivo con opiáceos (metadona).

“Sí, yo hace poco he ido a quitarme de la metadona a un centro y ahí me dijeron que sí, que tenía un daño cognitivo, que ya el tiempo y tal” [Hombre entrevistado].

La existencia de **infecciones de tipo vírico**, como el VIH o la hepatitis, también suelen formar parte del estado de salud de las personas con consumos problemático prolongado en el tiempo.

“He tenido muchos, y sigo teniendo, soy seropositiva, he terminado el tratamiento de la hepatitis C nuevo hace dos días y me ha curado totalmente” [Mujer entrevistada].

El estado de salud de esta población se ve igualmente afectado por enfermedades y **patologías de tipo psicológico o emocional**. La trayectoria personal, las condiciones de vida que se han prolongado durante tantos años y la situación de extrema exclusión y rechazo, no resultan fáciles de asumir ni sobrellevar.

“Esta última vez que no me lo esperaba, porque las cosas me iban bien, pero con el tema de la crisis se fue todo al garete, perdí el trabajo, no entraba, llamaba a puertas y se cerraban y eso pues me entró una depresión de caballo (...) he estado tramitando lo del tema de los médicos(...)” [Hombre entrevistado].

Hablar del estado de salud, en el caso de las personas drogodependientes cronicadas, es hablar de **patología dual**. Es cierto que el término está siendo muy cuestionado en los últimos años por profesionales del sector como Eduardo J. Pedrero, sin embargo continua siendo utilizado en el sector para designar a las personas que sufren de forma simultánea una adicción y un trastorno mental.

“(...) nosotros trabajamos aquí en Polígono Sur y bueno, el estado de las personas con respecto a la adicción desde los años 80 fulminó, en este barrio fulminó a muchísima gente y son los que ahora son de 45 o más. Entonces sí que nosotros trabajamos con muchas familias, que todas o la mayoría tienen algún miembro que tiene adicción o ha tenido. Sí que en casi todos los casos coincide que tienen patología dual, es decir, tienen un problema mental todos” [Profesional participante en grupo de discusión].

Una médico que asistió a los grupos de discusión nos describía el panorama general del estado de salud de las personas drogodependientes cronicadas y destacaba la mayor incidencia de **enfermedades degenerativas y trastornos mentales**.

“(...)yo trabajo con tabulación desde el año 96, en todos estos años ha sido frecuente el número de enfermedades de tipo degenerativo, tenemos muchas personas con problemas de corazón, con problemas de EPOC, con oxigenoterapia en domicilio, con discapacidades (..), con deterioro cognitivo (...) como un 70% con trastorno mental, no digo trastorno mental grave, digo trastorno mental; todos con tratamiento psiquiátricos, unos puestos por mí, otros por el GTA, otros por Salud Mental” [Profesional participante en grupo de discusión].

Aunque la mayor parte las personas que forman parte de la población que nos ocupa tiene o ha tenido problemas de adicción a la heroína, se da el uso de otras drogas y, sobre todo, de **alcohol**, cuyo consumo muchas veces continúa siendo problemático, aun habiendo abandonado el consumo de otras drogas.

“Ese tipo de perfil también lo que he visto mucho es que dejan el consumo de heroína pero se enganchan al alcohol. Con esta edad, 45 o 50, al menos ya no están consumiendo pero están enganchadísimos al alcohol. Han sustituido la heroína y al final ese trabajo, sí, se hace un trabajo con una droga específica pero no se mantiene” [Profesional participante en grupo de discusión].



La adicción cruza, en otras ocasiones, con enfermedades crónicas o patologías producidas por **accidentes**.

“Tuve un accidente de tráfico y entonces me han dado un (...) % de invalidez, pero realmente no puedo hacer nada, no tengo nada físico pero me pusieron hierros por dentro, entonces no” [Mujer entrevistada].

“A mí ahora mismo lo único que me está impidiendo hacer vida es el dolor de la pierna” [Mujer entrevistada].

La **medicación y/o tratamiento** que requiere el cuidado del estado de salud, tiene unos costes económicos que se convierten en una auténtica barrera para estas personas, cuyo nivel de ingresos es escaso o inexistente.

“El tratamiento que estoy haciendo de las manos, que las tengo destrozadas por la artrosis y... es muy caro” [Mujer entrevistada].

Además, los tratamientos suelen limitar las condiciones de vida de estas personas por la necesidad de ser administrados varias veces durante el día o con una frecuencia muy alta. Esta obligación a estar pendientes de medicaciones y tratamientos, les genera sensación de dependencia y deseo de eliminar o reducir al máximo su administración.

“Me gustaría, la verdad que no tengo prisa porque llevo, pues eso, casi los 25 años o 20 años tomando metadona, entonces bueno, la he ido bajando. Sí es cierto que empecé con 160 y ahora estoy en 65, pero bueno, es que es una esclavitud, ¿sabes?, (...) es una esclavitud tremenda, que te condiciona mogollón para todo, para viajar, para tu tiempo libre, para tu salud (...)” [Mujer entrevistada].

“Sí, es importante. La medicación igual, el intentar vivir sin medicación, la mía la voy a tener que tomar por toda la vida, la del HIV, pero las de..., los antidepresivos y los de dormir me gustaría terminar quitándomelo, no sé, (...) algo de química igualmente” [Mujer entrevistada].

El deterioro del estado de salud de esta población, junto con los cuidados y tratamientos que les son necesarios, impiden o dificultan su **acceso a recursos** como el empleo y la formación.

“Bueno, no. En la residencia donde está mi madre, que la tenemos en una residencia, me solían llamar para hacer acompañamientos hospitalarios, (...) pero claro, al no poder andar ahora, no puedo acompañar a los abuelos” [mujer entrevistada].

“Pero claro cuando estaba mucho de pie en el trabajo, me acostaba con los pies hinchados y el médico me dijo que lo dejara, como llevo los hierros y bailaban, se me quitó toda la masa muscular (...)” [Mujer entrevistada].

“Lo del tema de los bronquios y esta última vez que he estado haciendo un tema de limpieza, caí malísimo, me tuvieron que ingresar una semana y bueno, porque tengo EPOC” [Hombre entrevistado].

Este acceso se ve reducido también por la necesidad de acudir a citas médicas o visitas a servicios médicos y sociales.

“Mira ahí estoy, también tengo que ir al médico al tratamiento de la hepatitis, ayer tuve que ir a revisión, claro todo eso, oye que me han llamado que tengo que ir, que me voy al médico. Eso también condiciona mucho” [Hombre entrevistado].

“De salud también (...) con muchas citas médicas (...) Patología asociada al consumo: física, psíquica, orgánica, “hoy no puedo venir porque tengo cita” [Profesional participante en grupo de discusión].

Además, el hecho de que su estado de salud se manifieste en síntomas visibles y reconocibles, no hace sino agravar esta situación e impedir el acceso a los recursos, los derechos y las obligaciones que ofrece la sociedad.

“Sabem que tengo hepatitis y son muy cerrados y ya te toman la tinta y es muy difícil, en mi caso todo cuesta mucho más, todo te cuesta y es más difícil, pero bueno siempre tenemos ahí esperanza” [Hombre entrevistado].

En relación al acceso a los propios servicios de salud, este también se ve dificultado por las condiciones de salud y por otros factores de tipo personal, económico o residencial.

“La verdad me siento bien, la verdad que me siento bien. Bueno, bien entre comillas, ¿sabes? Tengo mi enfermedad (...), no sé, ahora (...) pastillas, que tengo (...) pero tengo un especialista para eso, a ver lo que me dice porque estando en Huelva, en la prisión de Huelva, hace 7 o 8 años me lo notificaron, entonces (...) pero como llevo ya 18 meses en la calle, sin hacerme una revisión” [Hombre entrevistado].

Dado que es frecuente que vivan con algún familiar, habitualmente progenitores que ya tienen una avanzada edad y, por tanto, sus propios problemas de salud, suelen hacerse cargo del acompañamiento y cuidado de estas personas mayores en la medida de lo posible.

“Y les condiciona en la búsqueda de empleo porque yo tengo casos que deciden no trabajar por un periodo porque su padre cae enfermo o se agudiza esa situación” [Profesional participante en grupo de discusión].

“O lo de los padres: es que han ingresado a mi padre, tengo a mi madre no sé qué. Acompañar al médico” [Profesional participante en grupo de discusión].

El deteriorado estado de salud y las barreras que les implica, hacen que les sea complicado imaginar un futuro con mejoras en su calidad de vida o con mayores niveles de inclusión.

“De aquí a unos años sin nada, estoy más viejo, no sé, ya tengo una edad, entonces dentro unos años no sé cómo moverme, un bastoncillo porque yo también es que tengo no veas, entre lo del pie” [Hombre entrevistado].



Las personas que trabajan en los equipos profesionales coinciden en apuntar que, dadas las condiciones de salud de esta población, el futuro se presenta vinculado a ciertos grados de dependencia y a la necesidad de atención en salud mental.

“O sea sobre todo con la gente que no, con gente que sigue consumiendo, no quiere dejar de consumir, yo creo que vamos de caminito a la salud mental y la gente que incluso lo ha dejado dependiendo un poco de su trayectoria e historial va por un camino más largo pero casi al mismo sitio” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las mismas personas que forman parte de esta población suelen estar en proceso de tramitación de certificados de incapacidad permanente o reconocimientos de minusvalías. Estas prestaciones sociales y ayudas les suponen un apoyo necesario para su proceso de inserción, pero también pueden convertirse en barreras sociales y personales por cuestiones de dependencia y de la estigmatización que provoca.

“Hombre, creo que me pertenecería algo, alguna ayuda, tal como tengo yo mi sistema, mi vida, conforme tengo yo, yo no puedo, yo estuve limpiando casas pero tuve que dejar de limpiar casas porque es que no podía” [Mujer entrevistada].

“Una de las cosas que he hecho ha sido mover lo de la minusvalía, porque lo intenté mover un montón de veces y siempre me salía negativo, me desilusioné y pasé de hacerlo. Si le añades a que en toda tu vida te han tratado como un inútil, que vayas a un sitio y que te digan que eres inútil, cómo que me daba mucho por saco” [Hombre entrevistado].

Las cuestiones descritas en relación al ámbito sanitario de las personas con larga trayectoria de consumo problemático, ponen de manifiesto las serias dificultades que tienen en relación a su estado de estado de salud que, como sabemos, conlleva barreras a la inclusión de importantes dimensiones. Se hace necesario poner en marcha estrategias y medidas de compensación de estos puntos de partida de desventaja social. En este sentido, uno de los profesionales consultados llamaba la atención sobre la necesidad de crear recursos nuevos más integrales.

“(…) tú tienes un problema de salud mental relacionado con la drogodependencia, (...), pero no existe más allá, la coordinación entre los recursos de salud mental y gabinete de comunidades terapéuticas, o eres de uno o eres de otro y se van pasando la pelota pero no hay ningún tipo de intervención conjunta, es decir, vamos a trabajar, o sea vamos a ser global, ¿no?” [Profesional participante en grupo de discusión].

ÁMBITO RESIDENCIAL

Siguiendo a J. Subirats, encontramos que el ámbito residencial está relacionado con tres aspectos fundamentales: las posibilidades de acceso a una vivienda, el estado en el que se encuentra dicha vivienda y el estado del entorno o el contexto en el que se encuentra la vivienda.

Es común que las personas que conforman la población de la que hablamos, no tengan acceso a la vivienda ni dispongan de un lugar propio en el que vivir. Es frecuente que se encuentren viviendo en la calle o en casas de familiares, así como que se alojen en albergues y residencias para personas sin hogar.

“Aquí se utiliza la infravivienda, ocupan un piso, hay pisos donde (...) para consumo” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Un hermano mío me ha dejado una casa ahí” [Mujer entrevistada]

Estas situaciones residenciales, que son factores de exclusión en sí mismas, a menudo son reflejo de dificultades en otros ámbitos como el económico o el laboral. Así, por ejemplo, que se encuentren en calle o acogidos y acogidas por algún familiar, va a depender de la existencia de red familiar o social y del estado de la misma.

“Va a depender mucho de la zona donde vivan (...) sí es verdad que nos encontramos con este perfil que aunque la familia no terminaba de ayudar pero las madres siempre han acogido” [Profesional participante en grupo de discusión].

El **acceso a la vivienda** es un factor primordial para lograr una ciudadanía de pleno derecho. Para las personas que han residido en la calle o en albergues y otros recursos, disponer de nuevo de un espacio de intimidad propio donde vivir, es un derecho básico que tiene un efecto igualador y generador de oportunidades como pocos.

“Ahora hago una vida normal, no como (...) que cogíamos de la basura, de cualquier lado, bocadillo o lo que sea, o íbamos allí a C., a cualquier lado a pedir un bocadillo, pero ya porque el hambre ya, el hambre que es que vas por la calle y ves un bocadillo que se ha dejado un chiquillo por allí de esos del colegio, que te da igual que esté tirado como que no esté, lo pillas y lo comes, es igual que te den veneno” [Hombre entrevistado]

“Ahora mismo como estoy, estoy de lujo. Tengo una casa” [Hombre entrevistado]

“La vivienda es muy cómoda, muy bonita y estoy muy a gusto, por fin tengo mi habitación después de tanto tiempo entonces para mí es muy importante” [mujer entrevistada]



En algunas ocasiones, el hecho de acceder a una vivienda después de haber tenido una situación residencial de mayor precariedad, puede tener un efecto motivador de otros cambios y muy facilitador del proceso de inserción.

*“Hace menos tiempo tenía que irme a buscarme la vida, coger chatarra, coger lo que sea, (...) esa era mi vida. Hace un mes. Pero en el piso, yo cuando me dijeron lo del piso entonces ya me metí con la metadona para quitarme del coño este, de consumir”
[Hombre entrevistado]*

Este efecto positivo de la obtención de un espacio propio en el que residir, es el elemento clave de la estrategia **“Housing first”** o “house&bed” que ha comenzado a implantarse en España para trabajar con personas sin hogar. Se trata de facilitar viviendas accesibles y con carácter permanente a las personas sin hogar que se encuentran en peores circunstancias. La idea principal es que la vivienda es el primer factor que debemos facilitar a las personas sin hogar, además de apoyo para que sean capaces de mantenerse en ella.

Una profesional comentaba esta iniciativa en su grupo de discusión:

*“House&Bed parte de la base de que lo primero que necesita una persona es un hogar, independientemente de la situación en la que esté, entonces una persona sin hogar que haya estado tres años en calle consumiendo y tal, esa persona puede estar en su casa y House&Bed lo que le da es la casa. A partir de ahí él ya va poniendo su proceso, es decir, que si esa persona quiere seguir consumiendo consume, pero en su casa (...) en un piso que va a ser propio (...) pero que tiene vecinos. Se hace cargo de la compra y tiene un educador que le puede llamar cuando le necesite (...) la pauta la marca la persona(...) Y es que lo que necesitan es normalizar su vida, que necesitan un piso y necesitan un sitio que sea suyo, un espacio que sea propio. Y lo que hace falta creo yo es (...) un pequeño proceso de seis meses de comunidad terapéutica (...) y después, poder tener tu espacio, no meterte en un albergue... que tenga su casa, que cuide a las personas en casa, pero que también tú vivas como tú quieras vivir, es decir, (...) la reducción del daño, pero que tenga su casa, que no tenga que estar en la calle, que tenga un aseo mínimo, que tenga comida, es que a lo mejor hay que buscar esa parte”
[Profesional participante en grupo de discusión].*

Los programas que se han llevado a cabo bajo este enfoque, en Estados Unidos principalmente, ofrecen resultados muy positivos. También en España existen pequeñas experiencias muy positivas en este sentido. No se ha llegado a implantar como estrategia hasta ahora, pero algunas entidades han vivido experiencias muy positivas con esta lógica.

“Nosotros tuvimos en el comedor un piso para tres plazas solo, con educadores que solo iban unas horas por la mañana y otras horas por la tarde y hacíamos una asamblea a la semana y tuvimos unos resultados espectaculares, gente que entraba estaba directamente en la calle sin ningún tratamiento previo, unos con problema de alcohol. Entonces lo único que trabajábamos era el tema de la responsabilidad y el respeto a los demás, los resultados fueron, buenos de verdad, lo que pasa que solo lo tuvimos un año y medio, pero pasaron por allí 10 o 12 personas y creo que 8 no han vuelto a pisar la calle” [Profesional participante en grupo de discusión].

Este tipo de iniciativas podrían resultar muy beneficiosas para las personas que están viviendo en la calle, pero también para otros perfiles de esta población, como las personas que abandonan la prisión por permisos, libertad condicional o definitivamente por cumplimiento de la condena.

“Y para aprovechar el permiso, la gente que no tiene acogida familiar no puede salir de permiso, no sale, claro, les intentamos buscar algún centro de acogida, algún referente familiar, algún apoyo, hay gente que se come condenas completas a pulso porque no tiene dónde salir (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

Estrategias como la de “housing first”, llaman la atención sobre la posibilidad de iniciar el apoyo a los procesos de inserción desde diferentes ámbitos y factores. Comenzar por un ámbito u otro dependerá de la persona, su punto de partida en el continuo inclusión/exclusión y los recursos disponibles en ese momento.

La inaccesibilidad de la vivienda, les obliga a depender de la acogida de familiares y/o amistades. Las personas que viven acogidas en casas de familiares o en espacios de instituciones tienen una situación complicada marcada, en gran medida, por las **relaciones de poder** que se establecen con quien te acoge. Las personas entrevistadas han mencionado estas relaciones de poder en varias ocasiones.

“Yo hago la casa, yo soy buena persona contigo, yo no te voy a robar, yo no te voy a... como en otro tiempo, que he sido cosas desagradables. Pero hace mucho tiempo (...) Pues confías en mí. Pero no te ves en el derecho de decirlo porque como tú estás bajo mi casa, en mi casa, pues vas a ser como yo quiero que seas. Y si no eres así, ya hablo yo con todos mis hermanos y les digo que tú eres tal. No me parece justo. Pero estoy seguro que si yo tuviera dinero, un trabajo y un puesto y tal, a mi hermana no se le ocurriría decirme haz esto ni haz aquello ni deja de hacer esto. Y le gustaría yo más o menos, que creo que más de lo que es ahora, pero ella ahora se ve en el derecho de que yo sea como ella quiere” [Hombre entrevistado].

Estas relaciones de poder entre las personas las personas acogedoras y las acogidas son posibles por la situación de **dependencia** en la que se encuentran las segundas.

*“(...) Nada, ella me tiene ahí acogido y... somos una pareja (...) Siempre he vivido solo, desde que tenía 14 años estoy viviendo solo, no me gusta esto, me gusta la soledad”
[Hombre entrevistado]*

Estas relaciones de dependencia generan sentimientos de menosprecio e incomodidad que, en este estudio, han sido mostrados mayoritariamente por los hombres, sobre todo en los aspectos referidos a lo económico y lo residencial.

“(...) pero volver con mis padres es lo que me está costando asimilar, no me hago, no es por nada, porque son tus padres y estas ahí, pero yo qué sé, te cuesta muchísimo, mucho, me está costando... Y no porque..., yo qué sé, no tengo intimidad, ni nada, que eso no es... Yo creo que eso también me ha traído...” [Hombre entrevistado]

“La soledad te hace... Hombre no es que me vea obligado a vivir con M. No sé es extraño (...) Me gusta depender de mí (silencio muy largo)

- ¿Quieres decir que sientes que dependes de otras personas?

- sí, honestamente (llora). Si tuvieras dinero no dependerías de nadie”

[Hombre entrevistado]

El que estas muestras de incomodidad sean más frecuentes en los hombres entrevistados puede ser algo casual y puntual de este estudio o, por otro lado, tener su explicación en los condicionantes de género. La construcción de la identidad masculina está atravesada por la atribución de roles relacionados con el sostenimiento económico de sí mismos y del núcleo familiar, claramente relacionados con la dependencia económica y residencial a la que les somete su situación de deterioro social. Y que les hace manifestar incomodidad. Es muy probable que el hecho de depender a nivel económico y residencial de otras personas, les genere frustración al no cumplir con los roles marcados socialmente por el género.

La construcción de la identidad femenina, sin embargo, está fuertemente atravesada por roles relacionados con el cuidado de los/as demás. El hecho de que las mujeres del estudio no muestren con tanta frecuencia incomodidad por la dependencia residencial de familiares y amistades puede explicarse, desde la perspectiva de género, por la posibilidad de seguir ejerciendo tareas de cuidado. Es posible que ellas se sientan más cómodas volviendo al hogar mientras puedan continuar con sus roles de cuidado atribuidos socialmente a través del género. Si esto no les es posible, es probable que no regresen al núcleo familiar.

*“(...) es que a veces le digo a mi madre que nos tenían que cuidar a las dos, es verdad, porque mi madre tampoco, no está bien de las rodillas, está machacada, no puede coger con las manos nada y hay veces que a mí la espalda parece que me la están aplastando. A veces me ayuda mi hermano, pero cuando no está tengo que hacerlo yo sola (...)”
[Mujer entrevistada].*

De hecho, existen diversos estudios que muestran mayor resistencia por parte de las mujeres a regresar al domicilio familiar cuando se encuentran en situaciones de exclusión tan extrema.

Son varias las personas que en esta situación extrema manifiestan **sentimientos de poca valía** y poca estima hacia sí mismas. Esta cuestión tiene que ver con factores personales de exclusión que veremos más adelante.

“Yo no tengo fuerza, no valgo una mierda, es que no valgo” [mujer entrevistada].

Por último, la falta de acceso a la vivienda y la dependencia de otras personas para sobrevivir, están marcadas por una gran incertidumbre e inseguridad ante la posible **falta de las personas acogedoras**. Generalmente son padres y madres los que acogen y la posibilidad de que fallezcan es alta, pues hablamos de personas de edad avanzadas. El panorama de futuro ante la posibilidad de fallecimiento de las personas acogedoras, es muy desalentador. En el mejor de los casos, la responsabilidad del cuidado de las personas drogodependientes cronicadas, seguirá recayendo sobre las familias y éstas continuarán acogiéndoles.

“Fallecieron y entonces los hermanos han dicho, bueno, antes que en la calle quédate ahí. Mantiene no me refiero que lo puedan mantener económicamente, que como no hay que pagar un alquiler pues bueno, deben muchísima comunidad, tienen la luz cortada, tienen el agua cortada pero tienen un techo, eso hay alguno que otro” [Profesional participante en grupo de discusión].

No es difícil imaginar que las situación residencial de las personas con larga trayectoria de consumo problemático, les aproxima al extremo negativo del continuo inclusión/exclusión. De todos los factores de exclusión que aparecen en la clasificación de Subirats y otros/as de la que hemos partido, la mayor parte de las personas se encuentran sin vivienda propia, que es la más precaria de todas las citadas.



ÁMBITO SOCIAL-RELACIONAL

“Tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen de soportes para hacer frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad. En este sentido, el deterioro o la escasez de redes familiares y sociales puede constituir en sí mismo una forma de exclusión que trascienda la dimensión afectiva, convirtiéndose, en ocasiones, en un mecanismo de edificación de barreras objetivas y subjetivas para la inclusión social de las personas.” [Subirats y otros/as, 2004]

Los factores socio-relacionales han sido citados, de una u otra forma, por todas las personas que han sido entrevistadas. Es uno de los ámbitos más recurrentes para ellas destacando, casi siempre, la carencia de los mismos y las consecuencias que tiene en sus vidas este hecho.

“Valoro tener unos compañeros como tengo, que en este caso son dos mujeres y ahora va a entrar otra, tres; no me miman ni yo las mimo a ellas ni nada porque ahí cada uno tiene que hacer su tarea, su comida y sus cosas pero bueno (...) Son mi familia” [Hombre entrevistado].

En el análisis de este ámbito hemos partido del modelo de Subirats y otros/as en el que presenta tres los factores de exclusión:

- Deterioro de las relaciones familiares (violencia, conflictividad)
- Falta o escasez de relaciones familiares
- Falta o escasez de relaciones sociales

En este caso, hemos añadido un cuarto factor al que hemos nombrado como **deterioro de las relaciones sociales** y con el que nos referimos a los daños psicológicos y sociales que las relaciones de amistad “insanas” pueden provocarle a una persona. En el tema que nos ocupa, consideramos que este es un claro factor de exclusión.

Así, es muy frecuente que las únicas relaciones sociales que tienen las personas con larga trayectoria de consumo problemático, estén vinculadas a este último.

“Estoy muy aislado. Aislado porque la gente que conozco es gente del entorno a la droga, yo ahora que no consumo pues no quiero, vaya, no quiero ni verlos ni tengo ganas, entonces fuera de esa gente no conozco a nadie, entonces pues siempre estoy solo, llevo ya tiempo,(...)” [Hombre entrevistado].

Estas relaciones sociales están atravesadas y construidas desde el consumo, desde sus amistades hasta sus relaciones de pareja, lo que hace que el abandonar el consumo les lleve, también, a abandonar todas esas relaciones.

Es frecuente que muestren cierta desorientación en referencia a las redes sociales, ya que les son necesarias como a cualquier persona, pero al tenerlas asociadas al consumo les mantiene en un ir y venir entre el deseo de construir redes y el hastío y el rechazo de las mismas.

“Es que no lo sé, mira de amigos estoy hasta, hasta..., de tíos también estoy hasta el higo, de verdad y es que todavía estoy muy agobiada” [mujer entrevistada].

La reacción lógica ante esta “monocromía” en las amistades de siempre, les lleva a evitarlas. De hecho, ni siquiera es recomendable que mantengan relación con las personas y lugares vinculados a su historia de consumo.

“La mayoría claro, mis amigos, mis amistades, conocidos son consumidores, traficantes, entonces pues claro, procuro evitarlos, no me conviene, tengo que evitarlos” [Hombre entrevistado].

“Hombre, también no juntarte con la gente que consume porque esto influye mucho porque este mundo de (...) cuando hay personas que te conocen, que están en el mundo de la droga y si ven ellos que estoy ahí te la están ofreciendo” [Hombre entrevistado].

Construir las relaciones sociales a través del consumo problemático, tiene muchas consecuencias negativas y daños psicológicos y sociales para estas personas. Uno de ellos es la inseguridad y poca confianza en sí mismas y en su capacidad para tejer redes desde otro lugar.

“Han llegado a un punto en que se creen que no pueden estar con gente que no ha tenido problemas de drogas, ellos se creen muchas veces que lo llevan con luminosos” [Profesional participante en grupo de discusión].

Mantener relaciones sociales vinculadas al consumo, no solo les sucede con las personas que conocen en una etapa de consumo, sino que también con las que conocen cuando están en proceso de abandono, pues todos los recursos y espacios a los que acude durante este periodo están vinculados, de alguna forma, a la droga.

“Entonces es que también, o sigues con el rol de drogas aunque ya lleven mucho tiempo abstinentes; pero, claro, estás todo el rato metido ahí pero es que al final solamente se siguen relacionando con gente que está en tratamiento. [Profesional participante en grupo de discusión].

En este caso no siempre la reacción es de evitación o rechazo. Algunas personas en las entrevistas consideran que, aunque no es la situación ideal, no deja de ser una forma de contactar con gente nueva.

“Pero sí a lo mejor pues todo esto, venir aquí, no sé qué, o sea, hace que conozcas a gente, a lo mejor en este sitio particular una gente que sí ha estado dentro del mundo que tú. A lo mejor la mayoría de las veces no es lo más ideal, pero sí es cierto que la gente hemos pasado página y entonces si él lo piensa de mí y yo de él...así nunca vamos a pasarnos página el uno al otro” [Mujer entrevistada].



Además del deterioro de las relaciones sociales, y como hemos ido observando, el ámbito socio-relacional de las personas drogodependientes cronicadas, se caracteriza por la **falta o escasez de redes sociales** y/o de apoyo.

“Lo que son amigas no tengo, pero mi hermana y mi tía, la que tiene a mi pequeño, me están ayudando mucho, ahora me están ayudando muchísimo” [mujer entrevistada].

“Realmente no salgo. Los fines de semana, según qué fines de semana, salgo con mis chiquillas a la calle y me doy una vuelta por la discoteca donde van sus amiguetes, estamos allí y ya está, pero que no salgo ni con chicos, ni con amigos, nada más que con mis hijas y ya está, esa es mi vida” [mujer entrevistada].

“Madrugo porque..., no hago nada. Ayer no salí en toda la tarde. Últimamente sólo” [Hombre entrevistado].

“No tengo contacto, yo tengo muchos amigos pero son todos de la asociación, cada uno con su problema y yo quería salir fuera” [Hombre entrevistado].

Las reacciones que hemos visto ante esta falta de relaciones sociales son muy diferentes entre los hombres y las mujeres entrevistados. En términos generales, ellos han tendido a no explicitar objetivos de búsqueda de nuevas amistades, a remarcar las vivencias negativas que han tenido hasta ahora y a valorar y nombrar con más frecuencia las redes familiares o de pareja. No han explicitado tampoco el apoyo, el afecto y la compañía que pueden suponer las redes sociales.

“Sí, bueno mi mujer, el apoyo es mi mujer. Las amistades mejor no” [Hombre entrevistado].

Sin embargo, ellas han tendido a hacer explícitos sus deseos de nuevas relaciones sociales y las nombran como algo positivo y necesario en sus vidas ya que les proporcionan compañía, apoyo mutuo y afecto. También declaran con bastante frecuencia el no desear pareja en esos momentos ni vínculos afectivo-sexuales en general con los hombres.

“Pues me falta gente, verme con gente. Porque donde estoy es una urbanización en mitad de una carretera, que en verano es muy bonita pero en invierno es súper duro. Me falta pues eso, mi red de amistades, mi trabajo, sobre todo mi trabajo. Amistades y trabajo” [Mujer entrevistada].

“Pero sí, mediante actividades que tú realices o que tú te apuntes, puedes ir conociendo a gente y el mundo de internet supongo que es valioso, yo todavía no lo controlo, el rollo de redes sociales no lo controlo ni me he metido todavía pero, bueno, por lo que oigo y por lo que sé, sí es válido para, bueno, pues si quieres irte a caminar quedar con gente, si quieres irte....” [Mujer entrevistada].

Es frecuente que la falta de confianza forme parte de las pocas relaciones sociales que tienen, con familiares sobre todo, haciendo que la recuperación de la misma sea un objetivo central de este ámbito.

“La gente que te conoce y tal y siempre te han visto mal, pues ahora cuesta mucho que confíen en ti” [Hombre entrevistado].

Una de las consecuencias de la falta de redes de apoyo es la situación de extrema soledad en la que se encuentran. Esta ha sido remarcada especialmente por los hombres, al igual que la falta de apoyo, compañía y afecto, que han nombrado casi siempre vinculados a la pareja y no a las amistades.

“Pero en el momento que se van a las cuatro, porque se van a las cuatro, pues ya me quedo muy solo y entonces ya empiezo a dar vueltas a la cabeza. A partir de las cuatro, me como el coco mucho, ¿sabes? Porque me veo muy solo” [Hombre entrevistado].

“Tener a una persona a mi lado que me comprenda, yo qué sé, esas cosas” [Hombre entrevistado].

Sus experiencias en el tejido de redes sociales marcadas por la manipulación, la mentira y la desconfianza por un lado, y por el rechazo y la estigmatización por otro, les acarrea dosis altas de inseguridad y miedo a defraudar a la hora de plantearse nuevas relaciones.

“Porque yo era muy sociable, tenía amigos, tenía novia, y llevo tiempo que a toda la gente siempre le voy buscando el fallo o..., No es el fallo, porque más fallos tengo yo pero busco el por qué no me puedo relacionar con ellos, siempre digo: no, porque tiene mucha cultura; no, porque yo qué voy a hablar, o este es que me va a... Y me estoy aislando mucho. En realidad son peros míos porque (...) como que es el defecto de que por qué no puedo relacionarme yo con él, o porque es más listo que yo, o porque es más tonto, porque es más.... Tonterías, sé que son cosas de la cabeza pero que las tengo así. Pues el tiempo que llevo sin trabajar, sin pertenecer a un grupo, a algo, a una actividad, son más de cinco años ya, es que yo no lo quiero ni contar” [Hombre entrevistado].

La falta de redes sociales y la posibilidad de tejer nuevas, se ve influido negativamente por otros factores de exclusión como el económico o el personal.

“Quiero tener redes fuera de este ambiente y las tengo, tengo un amigo desde críos y hemos montado grupos y se han casado. Y este chico sigue montándolos, pero ir con él a mí me supone 20-30 pavos y yo no puedo ir a su nivel” [Hombre entrevistado].

“Salir me gusta, viajar me encanta, lo que pasa es que no se puede (por el dinero) y me gustaría viajar y tener mi pareja y en un momento dado sacar una casa adelante” [Hombre entrevistado].

“(...) y también el no tener dinero, no poder ir a un sitio, a otro, se ha hecho ya largo, ya llevo años, y se me está notando en el carácter, mi madre me lo comentaba el otro día, dice: bueno, tú...” [Hombre entrevistado].



La escasez y ausencia de redes sociales, les lleva con frecuencia a pasar su tiempo únicamente con sus familiares, aunque esto no sea deseado. La imposibilidad de elegir con quien se relacionan y cómo, es un elemento frustrante para estas personas.

“Fundamentalmente eso me haría falta, y seguir teniendo a mi gente cerca, por supuesto. Me haría falta más amistades, más relaciones, sí, porque hoy día, a ver, salgo con mi hermana S. porque he recuperado mucha amistad con ella y salgo con mi hermana de vez en cuando, pero sí noto la falta de contar con gente, de poder quedar, de intercambiar cosas, sí, de escuchar sus penas y que los demás escuchen las tuyas, o de alegrías, pero sí noto la falta de gente” [mujer entrevistada].

“Las personas mayores están en una habitación de alquiler y la habitación alquiler con gente que ni conocen y a lo mejor ni la relación es muy buena” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las características del ámbito socio-relacional que describimos, les sitúa en puntos de desventaja social que impiden o dificultan la inclusión social, despertándoles a veces el rechazo a salir de casa.

“Entonces qué es lo que pasa, que yo no voy a salir por ahí porque si no, por ejemplo a por cuatro chatarras, a coger cuatro cositas y sé que con eso voy a consumir, prefiero a las cuatro me voy a la casa, me echo la siesta (...) Prefiero no salir” [Hombre entrevistado].

“¿Y de una pareja? Pues a lo mejor con el tiempo, esto tampoco me urge, sea femenina o sea masculina, no lo sé, porque ya no sé, ya estoy dudando de si ya me gustan los hombres o empiezo a tenerlos un poco de manía, hasta ahora ha sido así pero no sé” [mujer entrevistada].

Esta necesidad de tejer redes sociales nuevas, unido a otras cuestiones como la falta de ingresos, el desarrollo escaso de algunas habilidades sociales o el miedo y la inseguridad que hemos nombrado antes, hace que el ocio y el tiempo libre sea uno de los elementos más deteriorados de su desarrollo personal y social.

“(...) nuestra espada de Damocles, para todos nosotros es el tiempo que tenemos libre. Porque yo en una discoteca no pinto nada. Claro, no pinto nada porque no me gusta bailar, entonces estar en la discoteca mirando y tomando, pues no, yo voy con gente y no me aguantan, porque me ha pasado, he ido con mi hermana a la discoteca y yo me he tomado dos coca colas, que muy bien y ya ahí qué pintaba” [Hombre entrevistado].

Respecto a las relaciones familiares, es muy frecuente que estas estén **deterioradas** por la dinámica que se genera en una familia cuando existe un problema de consumo de drogas.

“Sí queda alguna familia con la que se puede contactar (...) porque las mujeres ya no pueden más, las llamas y dicen: Olvídame, no quiero saber nada. Hijos, con 45, 50 años ya son hijos grandecitos, los cuales o bien por influencia de la mujer o lo que han visto o por lo que han vivido alejados también y si padres, algunos muy mayores, las madres son las que tiran, ya echas polvo” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Y cuando ves las situaciones que hay en mi casa, porque no es porque mi familia me haya echado, ¿sabes? Porque yo no puedo estar ahí con mi familia, no, no me encuentro bien, son todo problemas, son discusiones” [Hombre entrevistado].

Cuando hablamos de deterioro familiar, también nos referimos a la existencia previa de una dinámica familiar que les ha facilitado el tema del consumo y la aproximación a situaciones de exclusión.

“Mi madre..., es que, por desgracia mis antecedentes son de..., mi padre murió por el alcohol, de una cirrosis alcohólica, mi madre le tuvo que meter en una residencia por una..., bueno, por lo mismo, bueno, dejó de beber y automáticamente (...) mi ex marido, lo que te estoy diciendo, consume cocaína y alcohol, y yo, ex alcohólica también, el panorama que yo tenía era fino” [Mujer entrevistada].

La familia, de esta forma, se convierte en elemento clave del proceso de inclusión, tanto por su papel facilitador del mismo, como por su papel conflictivo y facilitador de procesos de exclusión.

“Un familiar vale mucho, pero en parte no, porque no entienden tanto, no saben que ellos, venga, venga que tú puedes. No saben que eso lleva su tiempo, que eso no puede ser de la noche a la mañana” [Hombre entrevistado].

“Lo que pasa es que la familia, un poco lo decía ella, que en las relaciones muy conflictivas tampoco el apoyo siempre es positivo, entonces no tiene por qué ser una relación positiva el hecho de que tenga detrás una madre o un padre que lo proteja porque no lo protege, realmente no lo está protegiendo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Este contradictorio papel que juega la familia en general y en los casos de personas drogodependientes cronicadas en particular, genera una dinámica familiar muy peculiar que sería interesante investigar desde una perspectiva de género.

“Fíjate, es curioso, yo creo que el yonqui ocupa un sitio y hay veces que viene bien tener un yonqui en la familia. Ven otros problemas y tú eres..., yo tengo otra hermana que consume, ha consumido, ha sido mi colega y no se habla (...) yo hace poco hablaba con la psicóloga, con el trabajador social, j... es que como si viniera bien que haya un yonqui. Así no se ven otros problemas” [mujer entrevistada].



De hecho, la familia suele jugar el papel de apoyo incondicional, especialmente las madres, hecho que es igualmente aplaudido y cuestionado.

“Porque mi madre, claro, la mujer lleva mucho” [Hombre entrevistado].

“Pero si tienen una madre es la que tira de él” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Pero lo que es la madre y el padre y tal siempre termina otra vez, asumen el tema de la tutela de menores las abuelas, al final asumen toda la responsabilidad” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Claro, pero la sensación esta de la cosa de las madres mayores: pues yo no lo voy a dejar porque es mi hijos, por mucho que me duela, o me roba o no sé qué pero que sigo (...) yendo a prisión”. La relación no es positiva (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

El deterioro de la relación familiar, termina en distancia y pérdida del contacto y el apoyo por lo que, además, tienen una falta o escasez de las mismas.

“La familia. Que pasan de mí” [Hombre entrevistado].

“Siempre he vivido solo, desde que tenía 14 años estoy viviendo solo, me gusta, me gusta la soledad y he pasado esto pues he perdido el contacto, hace ya 3, 4 meses que no veo a mi padre” [Hombre entrevistado].

Es frecuente que las personas con una larga trayectoria de consumo, expresen el deseo de recuperar y mejorar estas relaciones. Suele ser uno de sus objetivos prioritarios.

“Bueno, me está costando mucho recuperarlo, mucho, muchísimo, muchísimo (hablando de su hijo), es un tema muy delicado, todavía me duele, pero bueno, necesita su tiempo, es lógico” [mujer entrevistada].

“Primero la relación con toda mi familia, ahora he recuperado la relación con toda mi familia, con todos mis hermanos, tener su apoyo, poner un whatsapp y que todos contesten: «venga E. que tú lo vales, que tal, que vaya habitación más bonita». A mí eso me ha dado muchísima vida, que los veas y... ¡Joder! Yo qué sé, que cuenten conmigo, que yo hacía mucho tiempo que no contaba para nadie” [mujer entrevistada].

El ámbito socio-relacional de las personas drogodependientes cronicadas está muy deteriorado o es inexistente, tanto en lo que respecto a lo familiar como en lo referido al entorno próximo. El deterioro y la falta de redes, impide un desarrollo personal y social adecuado y supone, por tanto, una barrera de inclusión para estas personas.

ÁMBITO MACROSOCIAL

Como ya hemos comentado antes, con este ámbito hacemos referencia a cuestiones vinculadas al modelo de organización y gestión social y que no son influenciables ni modificables directamente desde el trabajo cotidiano de los y las profesionales del sector de las drogodependencias. Sin embargo, generan en sí mismos desigualdades y dificultan el ejercicio pleno de la ciudadanía de todas las personas de una sociedad y, desde estructuras más globales y estratégicas, se pueden ir trabajando para modificar la realidad: el sistema político en el que estamos inmersos, la escala de valores imperantes, la imagen social de las personas drogodependientes o el modelo de salud y de servicios sociales, son elementos que dirigen a las personas en uno u otro sentido del continuo.

Estigmatización o rechazo social

Los **estereotipos** son las ideas preconcebidas que los entornos sociales tienen sobre ciertos colectivos o personas. El hecho de que se te identifique como parte de ese colectivo, hace que automáticamente se te atribuyan una serie de características y cualidades sin que las personas te conozcan. En realidad, a nivel cognitivo, no son más que una forma que utiliza nuestra mente para categorizar la realidad y que nos sea más sencillo manejar la información. El problema es qué hacemos con esa información y cómo la usamos. Si somos conscientes de que es una forma de simplificar la realidad que tienen nuestra mente, relativizaremos esa información y actuaremos en consecuencia con cautela y sabiendo que es solo una visión generalista (con muchos errores y falsos en la mayoría de los casos) de un colectivo. Sin embargo, cuando lo asumimos como una verdad absoluta, nos lleva a creer que esa persona es así realmente, es decir, a **prejuicios** sobre las personas concretas y a actitudes de rechazo hacia las mismas. En las entrevistas se ha citado con frecuencia cómo la existencia de estereotipos y prejuicios supone una barrera para la inclusión social.

*“¿Que si para tener esa vida que me gustaría encuentro algún tipo de dificultades? Sí, la tolerancia de la gente”
[Hombre entrevistado].*

“Y la tolerancia de la gente, que es la dificultad, que la gente no se fía de ti” [Hombre entrevistado].

Los prejuicios y estereotipos que existen acerca de las personas con larga trayectoria de consumo problemático, tienen como consecuencia clara el rechazo y la exclusión, y así lo manifiestan ellas mismas en las entrevistas:

“Sí, que hubieran asociaciones. Para personas que han salido de la droga, para personas con el VIH y que tuvieran puertas abiertas al exterior, a entrar en la sociedad, porque te ves como que estás fuera...” [Hombre entrevistado].



A veces, la única alternativa que encuentran para no sufrir este rechazo es ocultar, cuando le es posible, la información. Sin embargo, es una opción que no resuelve el problema global y que, además, no les hace sentir comodidad consigo mismas/os ni con el entorno. Al fin y al cabo se trata de ocultar su realidad para ser aceptados y aceptadas y no parece una respuesta sana que genere inclusión.

“Porque ayer me dijeron que, hombre, tú a la sociedad no le digas nada que si no... Que no era un problema, hombre, un problema era, pero que no es tan gordo... Que no es algo que tengas que estar contando. Sí. Que no tienes que contarle porque al final por una tontería vas a apartar a más gente para nada” [Hombre entrevistado].

Además, este rechazo genera un aislamiento paulatino que uno de los hombres entrevistados describía de la siguiente manera:

“(...) porque a mí siempre me ha gustado la gente y comunicarme, me he ido haciendo más y más apartado porque me han apartado; hay mucha gente maja, claro, pero en general la gente se asusta, y a mí no me gusta ir tampoco mintiendo, no me gusta mentir” [Hombre entrevistado].

La situación de exclusión y vulnerabilidad social de las personas drogodependientes cronicadas es extrema y la existencia de prejuicios y estereotipos sobre ellos/as, sus características personales, sus estilos de vida o sus capacidades, no hacen sino complicar y dificultar aún más la situación. Cada uno de los estereotipos y prejuicios que se van sumando a la lista, supone una nueva barrera para el acceso a recursos, derechos y obligaciones.

“La sociedad exige determinadas cosas que ellos llevan muchísimos años desentrenados y entonces es muy difícil para ellos porque bueno, porque han optado por el estilo de vida que no corresponde a lo mejor a lo que se necesita para trabajar y llevan muchos años con ese estilo de vida, entonces si ya cuesta entrar pues más cuesta mantener porque van con el estigma puesto muchas veces y en fin, es un poco complejo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Los prejuicios y estereotipos y su consiguiente rechazo y aislamiento social son de tal magnitud y fuerza, que surge una gran necesidad de apoyo y recursos por parte de las instituciones. En ciertas ocasiones la vulnerabilidad que genera este proceso es tan marcada y los recursos tan poco adecuados y escasos, que termina por surgir competencia entre las personas más afectadas por la dificultad social, entre las más vulnerables. Así, en los discursos de algunas personas entrevistadas y participantes de los grupos de discusión, se dejaba entrever cierta competencia con el colectivo juvenil (también afectados por la falta de empleo, por ejemplo) o con las personas con discapacidad.

“Porque los nuestros son descartados por la edad, porque son mayores, por la salud y por el tema del consumo serían automáticamente descartado, pero de repente tiene una discapacidad y vale para todo, y valen para doblar jornada, hacer la intensiva y además cobra 580 €, es un negocio también” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo personalmente creo que a nivel mediático, a nivel tal, hay mucha sensibilidad por el tema de los jóvenes y se habla mucho y ha habido momentos en los que se habla de problemas de desempleo juvenil y siempre se recuerda el juvenil, y es real o puede ser real y tal, pero las situaciones más dramáticas son personas de más de 45, con la familia” [Profesional participante en grupo de discusión].

El complejo entramado de **relaciones de poder** en el que vivimos, coloca habitualmente a las personas que sufren las consecuencias de estos estereotipos y prejuicios en una situación de desventaja social, de la que resulta muy probable que se den abusos de poder. En definitiva, el pertenecer a ciertos colectivos, te coloca en una situación de vulnerabilidad social que permite o facilita que se den ciertas situaciones de abuso.

“(…) y luego en los trabajos yo voy por minusvalía y dicen: ¿Cuál es tu minusvalía? Esa pregunta no te la pueden hacer tampoco pero te la hacen, te la hacen porque te pueden surgir preguntas, es lo que te digo de las entrevistas, la cosa de que se pueden meter en tu vida hasta donde quieran porque tú no tienes trabajo y necesitas trabajo, que por qué estás metido ahí, y o inventas algo o le dices yo soy seropositivo pero no hay ningún problema, que no lo entiende nadie” [Hombre entrevistado].

En ocasiones, las posibilidades de cambiar de contexto y/o de redes sociales, se hace complicado.

“Yo creo que, pues eso, muchas veces estamos allí en un sitio, que todos somos conocidos y más o menos, tal, entonces es verdad que todo eso te gusta un poco más, llevamos 3 años dando estoques, como yo digo, ahí verte con estos y tal, que sabes que están sacando del bolsillo, que bueno, pero es que estoy cansado un poco de ese tema y juntarte ahí con gente y tal, yo estoy pensando que ahí es cortar con el Centro, pero claro sólo hay un Centro y ahí todos” [Hombre entrevistado].

Por otro lado, aunque estos entornos de rechazo y exclusión resulten especialmente dañinos para las personas, es frecuente que se mantengan en ellos por la dificultad personal que entraña salir de los mismos. Aunque puede parecer un sinsentido, no dejan de ser los espacios donde han forjado su personalidad, donde han aprendido a vivir y desenvolverse. Desvincularse de estos entornos supone un proceso profundo de cuestionamiento y transformación personal al que no siempre pueden enfrentarse.



“Necesitan un conjunto de oportunidades en su vida individualizadas además porque no a todos van a ser blanco y negro sino visualiza una serie de oportunidades, yo entiendo también que puede haber determinado perfil que por lo que sea pues o no quiere cambiar o (...) unos patrones así, por lo que sea, tal y cual, pero si tú no tienes un conjunto (...) por dónde tirar, o que puede caminar o por dónde poder ir, ¿Qué te queda? O sea pues prefiero estar colgado, yo es que también lo estaría” [Profesional participante en grupo de discusión].

Los prejuicios y estereotipos con los que se topan las personas entrevistadas y que les dificultan el desarrollo de una vida satisfactoria y plena, son muchos y diversos. Hacer un desglose exhaustivo de los mismos es una tarea complicada que requeriría de una investigación específica para ello. Algo que no pretendemos ni podemos hacer en esta investigación. Sin embargo, sí recogemos y desglosamos aquí los que han aparecido con más frecuencia en los discursos de las personas entrevistadas y de los grupos de discusión.

- Imagen social de la persona con problemas de consumo
- Enfermedad y minusvalía
- Prisión
- Edad: mayores de 45

Algunos de los estereotipos y prejuicios que más afectan a las personas entrevistadas son los que tienen que ver con la **imagen social de las personas drogodependientes**. Atribuciones como que son personas agresivas, peligrosas, con falta de higiene o dedicadas a actos delictivos, son ideas muy comunes con las que se encuentran todos los días y con las que tienen que luchar a diario.

“Que si tú cuentas he tenido problemas con las drogas... Claro, lo vas a pagar caro, he hecho esto, he hecho lo otro, tal, eso da distancia, aunque parezca que no pero tú lo ves” [Hombre entrevistado].

Una de las mujeres deja claro lo negativa que es esa imagen, tanto que ni ella quería asumirse dentro de ese grupo.

“Yo me acuerdo la primera vez que me dijeron yonqui, yo decía "yo yonqui no, yo consumo pero la expresión yonqui...", ¿no?, la connotación que lleva, y hasta que empiezas a asumir todo eso, con todas esas idas y venidas, intentar quitarte” [Mujer entrevistada].

Dentro del imaginario social de las personas drogodependientes, también encontramos ideas culpabilizadoras de su situación. En muchas ocasiones, no se entiende su problemática social con la misma empatía con la que se entienden otras problemáticas sociales. Una profesional de los grupos de discusión lo comentaba de la siguiente manera:

“Además justo dentro de los colectivos de exclusión el nuestro es el peor de lo peor, de lo peor, es decir, ya no son mujeres de violencia de género, jóvenes, mayores de 45, discapacidad, que da más penilla, los nuestros es que se lo han buscado porque son yonquis y se lo han buscado, entonces que se las apañen” [Profesional participante en grupo de discusión].

También es frecuente que se tenga una idea poco humanizada de las personas consumidoras. Se les ve como una especie muertos vivientes, de zombies a los que se les despoja de las cuestiones más básicas como las emociones, los sueños o la sexualidad. La imagen de la persona drogadicta es la de alguien incapaz de establecer vínculos.

“Tendemos a ver a la persona adicta como asexual y entonces tú dices, bueno, no pasa nada. ¿Qué pasa luego en los centros residenciales? Pues que surgen las parejas porque las personas mientras que están muy malitas, muy malitas, pesan 40 kilos, están con la neumonía, la tuberculosis y todas sus cosas están pensando en sobrevivir y en tomar su medicación; pero cuando ponen sus kilos, se ponen bien y lo básico está cubierto pues con la pirámide esta de las necesidades, que con respecto a eso pues tienden a tener otras necesidades y eso es algo que nosotros estamos trabajando desde hace ya dos o tres años que es la parte de la afectividad, de las relaciones de pareja, de las relaciones con los hijos, porque no vamos a hablar siempre de la droga, la droga; la droga ha tenido unas consecuencias y esto hay que abordarlo, ¿no? (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

En el caso de las mujeres, la estigmatización social que sufren al ser consumidoras de drogas mayores de 45 años se agudiza, si cabe, aún más. “La mujer con consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a todos los consumidores, soporta un diferente juicio social por la asignación del rol de género” [C. Masteiro, M. Rodríguez y otros/as, 2005].

Así, las atribuciones del rol de género, hacen que las mujeres soporten un diferente juicio social y que su conducta sea vista como una mayor desviación que en el caso de los hombres. “De hecho, un estudio exploratorio realizado por el Instituto de Adicciones en el año 2003 sobre características diferenciales de la mujer drogodependientes, recoge que el 90% de las mujeres perciben que se les culpa más que a los varones del consumo de drogas o que el 84% de las mujeres perciben que las consecuencias del consumo son más negativas para ellas que para los varones” [C. Masteiro, M. Rodríguez y otros/as, 2005].

“La mujer con 45 años o han dejado de consumir o la han dejado. Porque la presión a las mujeres es mucho más alta que a los hombres, están más cuidados, a las mujeres se les deja solas antes. Están súper tiradas, están en la calle, se prostituyen, quiero decir que cada paso que dan para mantener consumo...” [Profesional participante en grupo de discusión].



Así, la presión social hacia las mujeres es mayor y significativamente homogénea. Carmen Masteiro, Mercedes Rodríguez y otros/as, en el estudio realizado en 2.005 para el Instituto de Adicciones de Madrid *“Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención”*, describían los siguientes aspectos en relación a la presión social que reciben las mujeres:

- Soportan mayor presión social, al valorarse con mayor prejuicio su abuso o dependencia a sustancias.
- Mantiene mayor sentimiento de culpabilidad, al haber interiorizado la valoración social, incidiendo de forma significativa en su auto-concepto y autoestima.
- La negativa valoración de sí misma, incide directamente en la percepción de su imagen corporal).
- El reconocimiento del consumo provoca un mayor coste social en comparación con el varón, poniendo en duda la competencia en su rol como mujer, madre o pareja.
- La valoración específicamente negativa de la conducta de consumo en la mujer, facilita el desarrollo de estereotipos. En el caso de la mujer drogodependiente, además de los que habitualmente se imputan a los adictos, se ponen en marcha algunos específicos que generan en ella una mayor vulnerabilidad.
- Silenciamiento del problema por parte de la mujer.
- El retraso o la no demanda de solicitud de ayuda, negando en muchas ocasiones activamente la existencia del problema. La mujer drogodependiente se encuentra en clara desventaja a la hora de acceder a tratamiento o a algún tipo de ayuda, por el riesgo colateral que supone de fracaso, aislamiento y pérdida de la valoración positiva en relación al rol de género.

En esta línea, una de las personas que participaron en los grupos de discusión de profesionales confirmaba con su discurso lo que estas autoras plantean en su estudio:

“Pero en este caso cuando además son consumidoras se penaliza muchísimo y ellas piden menos, y una cosa curiosa que ellas lo viven como que lo hacen mal, o sea de que no está bien lo que están haciendo y no demandan nada, a la familia, a nosotros nos acribillan, pero a los familiares no les demandan absolutamente nada, como mucho, no estar negada pero como más resignada, pero no piden ven a verme” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por otro lado, nos encontramos también con prejuicios y estereotipos vinculados a **la enfermedad y las minusvalías**. Existe una tendencia a homogeneizar la imagen sobre ellos y ellas entendiendo, además, que son menos capaces o que sus procesos van a ralentizar los de sus entornos y las personas que están en los mismos.

“Una de las cosas que he hecho ha sido mover lo de la minusvalía, porque lo intenté mover un montón de veces y siempre me salía negativo, me desilusioné y pasé de hacerlo. Si le añades a que en toda tu vida te han tratado como un inútil, que vayas a un sitio y que te digan que eres inútil, cómo que me daba mucho por saco” [Hombre entrevistado].

Los estereotipos y prejuicios vinculados a ciertas enfermedades o minusvalías, afectan igualmente a las personas que los sufren, generando rechazo, exclusión y aislamiento y, con ello, un punto de partida de desventaja social respecto a otras personas en la sociedad.

“Eso también condiciona mucho, saben que tengo hepatitis y son muy cerrados y ya te toman la tinta y es muy difícil, en mi caso todo cuesta mucho más, todo te cuesta y es más difícil, pero bueno siempre tenemos ahí esperanza.” [Hombre entrevistado].

“Estás fuera en eso, que la gente que está considerando que tú tienes una enfermedad que no tal, o eres drogadicto que también la droga es algo que estamos viendo a diario y que no es tan raro y el alcoholismo es otra droga, pero la gente oye droga, ya te hacen un esquema de ti, pues este es un tío problemático, este me va a robar, este tal, un montón de cosas” [Hombre entrevistado].

De nuevo, aparece la estrategia de ocultar la información, no por una cuestión de derecho a la intimidad y la vida privada, sino por miedo al rechazo y la exclusión.

“Yo no lo contaría (que es seropositiva) para un trabajo y eso, porque me repercute” [Mujer entrevistada].

La situación de desventaja social y vulnerabilidad en la que las personas que sufren los estereotipos relacionados con la enfermedad y la minusvalía se ven inmersas, generan relaciones de poder que, de nuevo, facilitan situaciones caracterizadas por el abuso de poder.

“Lo que yo veo, por ejemplo, un centro especial de empleo que en teoría es solamente para personas con discapacidad, lo que me llega a mí, que es la parte jurídica, ves barbaridades que se cometen con ellos terribles como trabajo continuado, etc., porque son personas que no están acostumbradas a decir que no en este ámbito, porque no saben igual muchas veces que pueden decirlo, entonces hay abuso empresarial, pero muchísimo, muchísimo” [Profesional participante en grupo de discusión].



“También que nuestros chicos es que muchas veces su certificado de discapacidad... A lo mejor lo tienen por VIH. Realmente ellos deberían solamente poder entregar la tarjetita pero si no entregan las tres hojas no les llaman para hacer la entrevista o para contratarlos y muchas veces, claro, al mostrar su certificado pues también son descartados porque tampoco hay sensibilización ninguna” [Profesional participante en grupo de discusión].

En varios casos, las personas entrevistadas denuncian la complicidad de entidades en el sostenimiento de estos prejuicios y sus consiguientes situaciones de exclusión y vulneración de derechos.

“Que parece que sí, ya llevamos muchos años y la gente que va, la gente..., una señora se negó a limpiar un cuarto de baño porque había gente que tenía el virus, no limpiaba el cuarto de baño donde estaba yo, y la empresa se lo consiente, porque la empresa es la que tiene que decir: (...)” [Hombre entrevistado].

Algunas de las personas entrevistadas han contraído el VIH y nombran en varias ocasiones cómo los prejuicios y estereotipos que existen sobre ellas, merman sus posibilidades de relación, sus deseos de interacción o la imagen positiva de sí mismas y sus habilidades para relacionarse o buscar un empleo. Sus procesos de inclusión se ven de nuevo afectados negativamente.

“Es un virus y si usted no se (...) ¡vaya! Que ni chupando en el cuarto de baño, aunque lo limpie chupando no se infectaría con el virus. Para que mi saliva (...) dicen que tienes que beberte dos litros de saliva. O sea si te doy un beso no te preocupes. Y yo noto mucho eso, y ya como sé que la gente pues ya no sé quién no y quién sí y eso también me hace mucho... Me retrae a la hora de relaciones, y sobre todo con chicas, claro” [Hombre entrevistado].

Otro cúmulo de prejuicios que afecta directamente a esta población es el que tienen que ver con la **prisión y las personas que han pasado por ella**.

“He roto mi familia y tal, salgo de prisión, aunque tengo muchas cosas suspendidas, pero bueno, tengo una pulsera pero me la quitan ya el mes que viene. Y claro encuentro que (...) me quedo en la calle, sin dinero, buscarme la vida ya con una cierta edad, con un historial que tengo detrás y la gente lo mira mucho, quieras que no la gente no termina de confiar” [Hombre entrevistado].

Aunque es cierto que el paso por prisión no es tan frecuente en el caso de las mujeres, cuando se ha dado, y debido a las atribuciones y condicionantes de género, ellas sufren una mayor discriminación y rechazo.

“Las mujeres se quedan más solas también porque no se entiende, yo creo que siguen perdiendo porque...Hace muy poco hemos tenido un caso así, incluso los hermano o la madre, entienden mucho menos el consumo que en el caso de los hombres. En prisión a los hombres se les sigue apoyando, se sigue yendo a vis a vis, o sea se les sigue manteniendo ingresos económicos, se preocupan de que tengan pensión, de que tenga ropa,... Esta ha estado dos meses y no ha venido nadie a verla, nadie le ha llevado ropa. Y eso pasa aunque no consuma droga dentro de prisión” [Profesional participante en grupo de discusión].

Este hecho tiene que ver con la mayor discriminación que sufren al no cumplir con el rol social que les es atribuido. El inconsciente colectivo no tiene incorporada la posibilidad de que una mujer no anteponga las necesidades de las demás personas de su entorno a las suyas propias, ni tampoco de que una mujer sea delincuente. Así que, el juicio y la penalización del entorno social por incumplir los mandatos y expectativas sociales de cuidado y de respeto por el orden y la ley, son mucho mayores que en el caso de los hombres.

Como decíamos anteriormente, nos encontramos un grupo de ideas preconcebidas, que generan rechazo y exclusión, relacionadas con la **edad** de las personas que forman parte de nuestra población objeto de estudio. Ser mayor de 45 años es un hándicap en nuestras sociedades occidentales; un hándicap que se agudiza si se une con otros condicionantes (como el género o la etnicidad) y con otras problemáticas (como las drogodependencias, la enfermedad mental o la pobreza).

“Bueno, no sé si llega a 50 pero, vamos, es mayor de 45 ¿cómo le va a contratar una empresa para hacer el trabajo que él hacía, cuando él realmente tiene un buen curriculum y está cualificado? podría perfectamente trabajar de administrativo o incluso de contable pero no, o sea es mirar y ver y decir: ¡huy, qué buen curriculum!, pero claro, cuando ven la edad, ven que ya no pones la fecha de nacimiento o te ven una experiencia de trabajo hace muchos años y tal dicen: No, mira, este ya no, este ya es un viejo, ya no sirve. O sea es la discriminación de solo ver el año de nacimiento o algo que indique que tú eres mayor” [Profesional participante en grupo de discusión].

Uno de los profesionales participantes en los grupos de discusión manifestaba sus dudas respecto a las causas de esta discriminación por la edad. Desde su punto de vista, está muy relacionada con la escasa productividad y rentabilidad.

“Es un potencial de vegetales, a nivel económico, a nivel social, o sea es una gran masa de trabajadores que está ahí con ganas de producir (...) creo que las personas de más de 45 años socialmente ya no son rentables, una inversión muy tocha en ayudas sociales, en tal y para la poca rentabilidad que tú hablas de 10 años de empleo, visto desde una perspectiva financiera, económica...” [Profesional participante en grupo de discusión].



Destacamos un último grupo de prejuicios que tienen que ver más con la imagen que los y las profesionales de la intervención manejamos sobre las personas con las que trabajamos. Existe una **tendencia a victimizar** a las personas, a tratarlas como susceptibles de ser cuidadas, de ser receptoras de derechos pero, muchas veces, no de obligaciones. A veces, entender sus circunstancias personales y sociales, sus trayectorias vitales o los procesos de exclusión en los que se hallan inmersos/as, nos lleva a no hacerles protagonistas de su propio recorrido y a elegir o decidir qué hacer en su lugar. Una participante de los grupos de discusión explicitaba esta cuestión, dejando claro que muchas veces no tenía en cuenta opinión de las propias personas.

“Pero un problema que tenemos, yo no sé si viene a cuento, es que todas estas, muy pocas veces nos sentamos a hablarlo con ellos, para que ellos nos den las claves” [Profesional participante en grupo de discusión].

La estigmatización y exclusión que sufren las personas consumidoras cronicadas debido a la existencia y prejuicios sobre ellas y sus circunstancias personales y sociales, son verdaderas barreras para el acceso a los recursos, los derechos y las obligaciones que tiene cualquier ciudadano y ciudadana en nuestra sociedad. Se hace necesario poner en marcha **estrategias políticas, sociales y educativas** que, por un lado, reduzcan o hagan desaparecer estos prejuicios y que, por otro, compensen los puntos de partida de desventaja social de los que parte esta población.

Algunas personas que han participado en este estudio planteaban estrategias de protección del empleo a través de asociaciones

“(…) que hubieran asociaciones que se comprometieran a coger a gente de virus o de droga, porque somos gente que pertenecemos a la sociedad. Solo eso, y (...)” [Hombre entrevistado].

Otras, proponen promover modelos de organización y convivencia social con entornos más acogedores e inclusivos, donde el respeto por la diferencia y la diversidad sean un elemento clave de nuestras sociedades. Si entendemos que nuestro entorno está formado por personas muy distintas y que la diferencia es parte de nuestra sociedad y de las personas que las conformamos, tenderemos a promover y defender recursos, derechos y obligaciones también diferentes y adaptados a las capacidades y habilidades de cada uno/a en cada momento.

“Ahora ya no solo depende de ellos mismos, depende de que haya determinadas oportunidades de empleo, que haya recursos intermedios, que haya un montón de recursos que había, incluso de empleos relativamente, entre comillas, fáciles” [Profesional participante en grupo de discusión].

Relacionado con esta propuesta de construir sociedades más acogedoras e inclusivas, emerge la idea de facilitar y promover cambios de mentalidad social, cambios en la forma de percibir e interpretar el mundo y en los valores que rigen nuestras vidas cotidianas y nuestras sociedades.

“Que la gente lo viera como lo normal y que me dieran oportunidades, que se me pidiera lo justo, o sea yo no pido, yo soy una persona muy poca ambiciosa, yo quiero una habitación para dormir y un trabajo que me dé 700 euros y que la gente no me mire por encima del hombro, que yo pueda ser sincero con la gente, decir: mira, yo tengo este problema y que la gente no sea así. Pero la verdad, o sea, yo no estoy diciendo que se coma mi enfermedad nadie, ¿sabes? Porque sí, yo sé que de una manera lo puedo contagiar, esa es mi responsabilidad, pero si yo sé que no lo puedo contagiar la responsabilidad es tuya de aceptarme porque lo contrario es que estás haciendo el tonto” [Hombre entrevistado].

“Deseable sería que hubiese más sensibilidad, pero no solo con el colectivo, con cualquier persona que llevase desempleada equis tiempo, mayor, menor, inferior, superior, llámalo equis, que no la hay, es que no la hay (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

Se trataría de acercar la realidad de la problemática de las drogas, de entenderla y de comprender que no es algo ajeno a nuestra cotidianidad, que es algo que podría pasarle a muchos de nosotros/as.

“Vamos a ver, ni siquiera nosotros que lo tenemos muy cerca percibimos que nos puede tocar algunas veces, ¿no? esto a mí no me puede llegar, a mucha gente le puedes decir: Oye, disculpa, ¿tienes algún problema en poder financiar o apostar por una historia de estas características? El tema de la droga la gente sigue entendiendo que es cosa de otros, de yonkis, de este barrio” [Profesional participante en grupo de discusión].

La educación se convierte en una herramienta básica para promocionar esos cambios sociales que nos acerquen a una sociedad más justa y equilibrada donde las personas, desde nuestras peculiaridades y diferencias, podamos ejercer los mismos derechos y obligaciones, podamos estar y sentirnos incluidos/as en nuestro contexto de desarrollo.

“Pero bueno eso, pues solo pediría eso, no quiero más, que hubiera más educación en torno a esas cosas, que se relajara la gente” [Hombre entrevistado].

“Creo que hay poca sensibilidad, yo qué sé, o campañas o alguna cosa, sí me decía C. que en Inglaterra hay campañas en la tele, incluso del Ministerio y tal, para contratar a mayores de 45” [Profesional participante en grupo de discusión].

Esta sensibilización acerca de las personas consumidoras de larga trayectoria y sus circunstancias es necesaria para la población en general, pero también para las personas que trabajan con ellas habitualmente.

“Es que encima luego te dicen que si de la droga se sale y yo digo: ¡por dios! si en un juzgado responsable de una suspensión de condena me dicen que si de la droga se sale,



¿Qué tienes en la cabeza, qué tienes en la cabeza? ¿que una persona nunca va a dejar de consumir, que va a acabar en la cárcel sí o sí? Es muy complicado pero, claro, hay que hacer una sensibilización, para cumplir los objetivos hay que hacer una sensibilización” [Profesional participante en grupo de discusión].

Mala situación económica del lugar: Crisis y recortes

Dentro del ámbito macro-estructural, hemos incluido factores que tienen que ver con la situación económica y política del país y su entorno. Las personas consultadas para este estudio han citado, sobre todo, factores relacionados con la actual **crisis española** y de muchos otros países europeos y sus repercusiones sobre las personas más vulnerables.

“Lo del momento de crisis laboral y tal y cual ha afectado sobre todo a este tipo de colectivo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Entre las estrategias llevadas a cabo por el gobierno para afrontar la crisis, se encuentran los recortes económicos en salud, servicios sociales o educación teniendo como resultado, entre otros, el cierre de muchos recursos que servían de apoyo a los procesos de inserción de la población drogodependiente de larga trayectoria. Esto ha dejado un vacío al que resulta casi imposible enfrentarse y que, muchas veces, se ha justificado aludiendo que ya no eran necesarios porque la demanda había descendido. Sin embargo, la opinión de los y las profesionales consultadas es contraria a esto.

“El cierre de recursos que hubo es injustificable desde el punto de vista técnico, o sea los que han tomado las decisiones se han basado en la falta de graduados social porque los recursos estaban funcionando bien, por eso menos graduados sociales, el tema ya no estaba en primer...No estaba en la calle y entonces, claro, aquí si no hay delincuencia motivada por el tema de drogas entonces no le prestas atención al tema” [Profesional participante en grupo de discusión].

También explicaban cómo la reducción de dotaciones económicas había tenido repercusiones en la calidad de las acciones que se continúan haciendo que, añadido a la difícil situación que ya atraviesa el país de por sí, hace casi imposible apoyar en los procesos de inserción laboral, por ejemplo.

“Los cursos de formación, o sea, yo creo que han sido, y la vista está, lo peor, de lo peor, de lo peor, o sea (...) casi todo trabajo temporal, trabajo indefinido, ni con el contrato este que tiene un periodo de prueba de un año te lo hacen. Es que ya ¿qué hay que hacer en este país, ponerse de rodillas, contráteme usted? Con semejante mercado qué le dices a la gente” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las dificultades económicas por las que atraviesa España y Europa en los últimos años, han dado pie a nuevas formas y nuevos casos de exclusión y vulnerabilidad social que, como ocurre en muchas ocasiones, lleva a las personas más desprotegidas a competir entre ellas por los recursos existentes.

“La sociedad misma con esta crisis tampoco responde igual, o sea yo creo que todas las familias, si a todas las familias les ha tocado el tema de la crisis, entonces no están pensando en echar una mano al drogodependiente que conoces de tal, sino que algún familiar que está en paro, que tú mismo estás en paro, o sea el apoyo social como recurso pues también no está igual ahora, o sea que no hay tantas oportunidades” [Profesional participante en grupo de discusión].

Falta, escasez o deterioro de infraestructuras y recursos

Un tercer elemento que aparece en el ámbito macro-social, es el que tiene que ver con las infraestructuras y los recursos de los que dispone una sociedad para garantizar la igualdad de oportunidades y derechos. Existen una serie de carencias o deterioros en los recursos, que ya existían de por sí, y que tienen más que ver con la forma en la que tradicionalmente se ha abordado esta problemática en nuestro sistema que con una situación de crisis económica.

Uno de los factores que aparecen es la existencia de **barreras arquitectónicas** en nuestras calles, lo que les impide la libre y fácil circulación a las personas con movilidad reducida.

“De lunes a jueves apenas salgo, si salgo es a tomar un café, porque como ya has visto voy con muletas, y no me puedo desplazar muy largo” [Mujer entrevistada].

También relacionado con el tema de la movilidad, se menciona el **transporte público**, sobre todo en las ciudades grandes, y la importancia de subvencionarlo o de facilitar que las personas en estas situaciones puedan aumentar sus posibilidades de movimiento para acceder a los diferentes recursos.

“Otro problema que es la movilidad, por qué no hay ayudas para la gente desempleada para poder moverse” [Profesional participante en grupo de discusión].

Uno de los factores más citados por las personas consultadas en nuestro estudio, son la escasez, inadecuación y falta de adaptación a las necesidades reales de los recursos e infraestructuras de **salud mental**.

Por un lado, se cuestiona su buen funcionamiento y su falta de plazas para atender la demanda. Esto hace que muchas personas con necesidad de atención en salud mental, acaben en otros recursos de la red o incluso en prisión.

“De salud mental, sí, para mí yo creo que no funcionan, si funcionaran yo creo que en prisión no tendría que haber nadie con enfermedad mental o muy poquita gente, para eso están los psiquiátricos también penitenciarios, que están a tope también. Es que son prisiones, no son centros terapéuticos” [Profesional participante en grupo de discusión].



El tema de que las prisiones estén siendo el centro de destino de muchas personas con problemas de salud mental, pone en entredicho las propias estructuras y el funcionamiento en general del sistema de salud mental en España.

“La cárcel es un sitio donde acaban muchos enfermos mentales y según, no lo digo yo que soy de C., que lo dice la investigación en general, casi un 40% tiene enfermedad mental en prisión. Y un porcentaje que está sin diagnosticar, es un 40% diagnosticado. Al final a la conclusión que llegué, cuando yo estudié tema de salud mental, que toca mucho con la dependencia por cierto, llegué a la conclusión de que los recursos sanitarios en este tema no funcionan. Es la conclusión que saco, no funciona, si no puede ser que haya tanta gente sin diagnosticar en prisión” [Profesional participante en grupo de discusión].

La necesidad de mejorar las propias estructuras del sistema de salud mental y los recursos e infraestructuras del mismo, es conocida desde hace tiempo en nuestro país. Una de las estrategias políticas que se llevaron a cabo para tal fin fue la de cerrar los centros de salud mental tal y como se concebían antes (prácticamente centros de internamiento y aislamiento) para dar paso a un nuevo modelo más integrado en la sociedad. Sin embargo, parece que la estrategia no fue la más adecuada o que, al menos, no contempló la realidad de muchas personas con problemas de salud mental.

“En esta comunidad desaparecen los psiquiátricos y ¿qué hacemos con la gente que tiene que estar internada de por vida? porque hemos probado a hacer desaparecer el psiquiátrico, los devolvemos a sus casas y a comunidades de vigilancia, de 4 a 6 meses. ¡Venga ya! ¡Se pasan allí toda la vida!” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por otro lado, los protocolos seguidos en salud mental parece que son complejos, lentos y poco adaptados a la realidad.

“El tema diagnóstico no te creas, aquí no, porque este diagnóstico no corresponde, porque este es un centro para no sé qué, aquí tampoco porque no sé cuántos, aquí es que no... Oye, perdona, a un psiquiátrico no puede venir. Entonces tenemos consumidores con un diagnóstico psiquiátrico, tenemos el A. que, bueno, es que no sé, tenemos que valorar. Tiene que pasar por siete médicos y siete psiquiatras” [Profesional participante en grupo de discusión].

En opinión de uno de los profesionales que participó en los grupos de discusión, las perspectivas de futuro para las personas con problemas de salud mental no son muy alentadoras si los recursos e infraestructuras continúan funcionando de esta manera y, sobre todo, con la llegada del último código penal.

“Con la llegada del nuevo código penal este tipo de gente va a acabar bastante en prisión. Entonces yo imagino que tendrán que poner más plazas en prisión porque se va a desbordar, y vamos acabar con gente trasladada de aquí a Albacete que vaya trasladándose recorriendo las prisiones de España porque yo, la verdad, ahora mismo soy bastante pesimista en que se creen recursos. Yo creo que nosotros tenemos que sensibilizar a los políticos o a quien tome decisiones que...o invierte de verdad, en serio en esto o la alarma social que crea...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otro de los factores citados por las personas consultadas como elementos que dificultan la inserción social de las personas drogodependientes cronicadas, es la **escasez o mala gestión de los recursos existentes**.

“Muy mala gestión de recursos, hay pocos y en los pocos que hay, se tira el dinero. No sé, no piensan” [Profesional participante en grupo de discusión].

Al no contar con los recursos adecuados para hacer frente a los problemas con los que esta población se encuentra, parte de la responsabilidad y el cuidado de los procesos de inserción de las personas con consumo problemático recae sobre las familias, las amistades u otras personas. Una de las profesionales lo ejemplificaba con el caso del cuidado de las mascotas que acompañan a algunas de estas personas. Cuando entran en los centros u otros recursos de rehabilitación y apoyo a su proceso, no existe ningún recurso donde puedan dejar a los animales.

“Pero al final terminamos tirando de la buena voluntad de una persona que quiera hacer esto, pero si esa persona se niega ¿dónde va ese perro? Ni hay un espacio habilitado para ese perro porque no hay un centro, lo que tú dices, bueno, hay problemas por el tema de enfermedad y tal que no deberían estar, vale, ¿Por qué no hay una residencia paralela donde ese perro esté cuidado y tal y cuando esa persona termine su proceso?” [Profesional participante en grupo de discusión].

El hecho de que muchas situaciones de exclusión y dificultad social se estén resolviendo de forma temporal con la buena voluntad de terceras personas o con la asunción por parte de las familias y amistades de gran parte del cuidado que requieren estos perfiles, nos lleva a cuestionarnos qué ocurrirá cuando estas personas ya no estén presentes, cómo afrontará la sociedad esta problemática a la que no está dando respuesta.

“Lo que pasa que están en una situación que nosotros llamamos de vulnerabilidad porque todavía tienen ese apoyo ¿qué pasa como con los enfermos de salud mental? que mientras tienen unos padres... El problema es cuando ese lazo se rompe y la persona se ve a abocada a la calle porque no sabe cómo manejarse sola” [Profesional participante en grupo de discusión].



Modelos de organización social

En último lugar, nombramos los factores relacionados con el modelo de organización social y política. Como veíamos, la desigualdad, el desequilibrio y la falta de oportunidades están inmersas en las propias estructuras de nuestras sociedades y forman parte del modelo de organización social. Dicho de otro modo, “nuestro mundo globalizado, lo está sobre todo en términos de violencia y desigualdad” [Cabrera, 2007].

La muestra más evidente de cómo un sistema de organización social genera desigualdad, lo tenemos en el propio sistema sexo-género, por el que nuestras sociedades se organizan en función de la “evidente existencia” de dos únicos sexos (hombre y mujer) estableciendo relaciones de subordinación y poder de uno (el hombre) sobre la otra (la mujer). Justificado en esta diferenciación por sexos, se crea todo un sistema de organización social que coloca a las mujeres y sus atribuciones de género sistemáticamente por debajo de los hombres en la escala de valoración social.

Además, existen otros factores entorno a los cuales se crea un sistema de jerarquización social con relaciones de poder evidentes, como la edad, el lugar de procedencia, la etnicidad, la discapacidad o la clase social.

Así, estas desigualdades y desequilibrios entre personas y contextos, hace que el simple hecho de nacer en un lugar o en otro determine las probabilidades de inclusión de las personas o, más acertadamente dicho, las posibilidades de crear sociedades inclusivas. Las probabilidades de acceder a los recursos, los derechos y las obligaciones que una sociedad ofrece, son menores si naces en Etiopia que si naces en Francia (por ejemplo). En esta línea, Pedro J. Cabrera nos recuerda, por ejemplo, que vivimos rodeados/as de desigualdades en un mundo incapaz de encontrar los 1.300 millones de dólares anuales de inversión que serían necesarios para proporcionar vacunación a todos los niños y niñas (uno de los objetivos del milenio) mientras que sólo en helados se gastan en Europa 11.000 millones de dólares al año.

Estas desigualdades también se dan dentro de los propios países y podemos encontrar barrios y contextos donde las posibilidades de exclusión y vulnerabilidad son mayores. De hecho, algunas de las personas entrevistadas, ya venían de contextos de exclusión o ya sufrían ciertos grados de exclusión, con o sin drogas, lo que les coloca en un punto de partida de desventaja social en relación a otras personas.

“12 años yo probé la heroína, con esos años, desde los 10 a los 14 o por ahí, yo viví un tiempo muy peligroso, muy mal, muy malo, muy malo, con 12 años estaba metida en una casa viviendo y vendiendo droga, a mí no sólo me tenían para limpiar sino para vender. Donde yo nací y me he criado allí. Un sitio muy marginal, muy pobre, la más chica de 8 hermanos y he visto mucho, mucho, por desgracia, que yo, yo lo que tengo mucho es de eso, de haberlo visto mucho en mi casa. Y allí me sacaron un amigo de él, que también es narco, me dijo: «mira niña ¿por qué no te vienes a mi casa y ayudas a mi mujer para hacer las cosas que está embarazada?». Ella tenía 16 y yo tenía unos 12, 13 años y claro, al principio era ayudarla a ella a limpiar y tal, pero ya después fue a más, a más, ayudándole hacer los paquetillos y demás. Y sí que es verdad que un día lo probé, pero no por mí misma” [Mujer entrevistada].

“Empecé a fumar tabaco muy tempranito, con 9 añitos, me tuve que salir del colegio con 12 añitos porque hacía falta en la casa para comer, era otra época, ¿sabes? Entonces (...), ya empecé a trapichear por los barrios, con 13 años mi padre pues discutía mucho con mi madre y yo me fui de la casa. Con 13 años, y empecé a inyectarme, (...) en Barcelona porque aquí no había en Sevilla en el año 80 (...)” [Hombre entrevistado].

Se trata de un cúmulo de factores muy complejo del que no pretendemos hacer una descripción exhaustiva sino, más bien, citarlos para que sean tenidos en cuenta aunque requieran de una investigación e intervención en sí mismos.



ÁMBITO PERSONAL

Nos referimos con este ámbito a factores relativos a la persona. No quiere decir que sean de responsabilidad individual, pues dependen también del contexto social y de la historia de vida de cada cual, sino que hacen alusión a la persona porque es en ella donde se manifiestan o donde se dan. Por aspectos personales entendemos el conjunto de ideas, sentimientos o acciones que se dan en las personas y que configuran su actitud vital, su forma de caminar por el mundo, inclinando la balanza hacia un lado u otro del continuo Inclusión/exclusión.

Podemos hablar de 4 tipos de factores:

- Ideas, pensamientos y actitudes resilientes
- Habilidades, destrezas y hábitos necesarios para desenvolverse con soltura en el contexto en el que viven
- Motivaciones e intereses
- Emociones y sentimientos

Ideas, pensamientos y actitudes resilientes

Al hablar de resiliencia hacemos referencia a la capacidad de salir fortalecido o fortalecida de una situación dramática o difícil.

A. Ramírez de Arellano (2012), nos explica cómo el término fue utilizado por primera vez por J. Luthar que lo definió como "un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad". Originalmente el término se desarrolló vinculado al estudio de catástrofes y traumas, pero hoy se consideran también traumas las situaciones sociales desfavorecidas como padecer cierto grado de exclusión.

Por tanto, al hablar de ideas, pensamientos y actitudes resilientes, nos referimos a aquellas que ayudan a las personas a salir fortalecidas de una situación dramática y, en este caso, aquellas que permiten que las personas mayores de 45 años, con problemas de adicción, resuelvan la situación y salgan reforzadas de ella.

Al preguntar a las personas entrevistadas, especialmente a aquellas que se encontraban en proceso de rehabilitación, por los elementos que les facilitaban o les habían facilitado dichos procesos, citaron multitud de factores personales que tratamos de sistematizar aquí a modo de lluvia de ideas.

Por un lado, citaban el pesimismo o la negatividad como elementos que dificultan los procesos de inserción, destacando el **optimismo y la positividad** como características resilientes.

“Pues creo que me dificulta mucho que soy muy negativa” [Mujer entrevistada].

“Sobre todo la gente que tengo a mi alrededor decirme que valgo mucho, porque como soy tan negativa pues me creo que..., y a lo mejor, los de mi alrededor, a lo mejor si me dicen, que todo esto es rojo, pero si a mí me dicen que es negro, yo me lo tomo a cuenta. Ya de por sí estoy hecha polvo, ya eso me machaca más, y necesitaría que la gente me hablara en positivo” [Mujer entrevistada].

En este caso, una mujer consultada a través de entrevista, nos comenta cómo es su actitud positiva y decidida la que cree que le está funcionando esta vez en su proceso.

“La diferente está en mí misma, fundamentalmente, al margen de que creo que han salido unos recursos muy positivos. La diferencia está en mí, a lo mejor este mismo proceso o estos mismos recursos los tengo hace 15 años y me doy el batacazo igual, o sea, la diferencia está en mí, en cómo yo me lo he planteado esta vez.” [Mujer entrevistada].

En otras ocasiones encontramos discursos muy derrotistas y pesimistas que, sin duda, afectan negativamente a los procesos de inclusión.

“Yo incluso intenté suicidarme hace tiempo, ahora estoy mejor pero llegó un momento que, bueno, la vida tiene que tener recompensas y lucha y yo mi vida ya pues cada vez es más insulsa, más vacía. Sé que no hay trabajo y vengo aquí y busco trabajo pero sé que no hay y sé que es lo que podría hacer, ahora hay una oferta pero sé que no, de cara al público no me van a coger, yo sé que no, tengo 52 años, por mis características, por mi manera de hablar, por todo, no soy una persona de El Corte Inglés.” [Hombre entrevistado].

Por otro lado, aparece la **capacidad de perdón** como un elemento clave del proceso de inclusión y ciudadanía. Así lo incluía una de las mujeres entrevistadas entre otras muchas habilidades:

“¿Qué habilidades he puesto en marcha? Pues desde el principio, la manipulación fuera, el auto engaño, el perdonarme. El perdonarme, el no querer ser un lastre, o sea, querer ser una persona normal” [Mujer entrevistada].



Este elemento personal está relacionado con lo que A. Ramírez de Arellano describe como la capacidad de asignar un significado no destructivo a los acontecimientos potencialmente traumatizantes. Para hacer esto es importante 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” [Ramírez de Arellano, 2012].

Otra característica personal que nombraron como importante para lograr un proceso satisfactorio fue la **mentalidad de presente**.

“La verdad es que no me hago muchos planteamientos de futuro, me resulta muy difícil, siempre me ha resultado muy difícil, que ha sido una cosa que antes jugaba en mi contra y ahora no lo hago un poco para jugar a favor, entonces no sé, vivo el día, vivo sobre todo..., sí es verdad que tengo unos pequeños proyectos de futuro como los que he comentado, ¿no? pero a largo plazo no los tengo” [Mujer entrevistada].

Esta capacidad de vivir el presente sin permitir que el pasado traumatice ni que el futuro genere estrés, está relacionada, de alguna forma, con la capacidad de imaginar un futuro próspero y esperanzador. “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 esperanzador” [Ramírez de Arellano, 2012].

La falta de **confianza en uno mismo o en una misma** también aparece como un factor que dificulta el pleno ejercicio de la ciudadanía, y así lo muestran los discursos de estos dos hombres entrevistados.

“Es que, yo también me castigo mucho, y como yo digo, digo, si llego otra vez a la situación esa voy a acabar mal (...) y sabes que un día u otro vas a meter la pata, o vas a robar, o vas a hacer...” [Hombre entrevistado].

“A mí siempre me han tratado de inútil, hacía cosas y se rompían, claro entonces a la hora de ponerme a trabajar me cuesta muchísimo porque creo que cuando un día me salen un poco mal las cosas, ya empiezo a hundirme y yo mismo me desvaloro y creo que es por eso por lo que no termino de encajar en los trabajos” [Hombre entrevistado].

La **comunicación con el entorno**, la capacidad de expresar sentimientos y emociones o de solicitar o detectar necesidad de apoyo, también aparece como un elemento que influye positivamente en el proceso de inclusión de las personas. La ausencia de esta característica ha sido más citada por los hombres, como factor de exclusión, que por las mujeres entrevistadas. Esta cuestión puede estar relacionada con condicionantes de género. El hecho de que la capacidad de comunicación y expresión de sentimientos y emociones esté asociado a patrones femeninos, puede facilitar, por un lado, que los hombres eviten hacerlo y, por otro, que la falta de entrenamiento de esta habilidad les deje más desprotegidos en este caso concreto.

“Y los problemas pues me los he comido yo, yo solo; y eso también me ha traído..., porque si lo hubiera contado así, decirle, oye mira, he metido la gamba... Porque mi madre, claro, la mujer lleva mucho” [Hombre entrevistado].

Así, el aislamiento y la falta de comunicación de las personas más allegadas, aparece como un factor que facilita la exclusión social. Desde nuestro punto de vista, es causa y efecto a la vez de la propia exclusión social.

“Creo que si hubiera compartido más mis cosas...Pues a lo mejor sí que hubiera puesto antes remedio, pero como siempre me lo he comido, pero siempre ¿eh?, yo siempre..., con mi pareja lo mismo, todo me lo comía, y todo..., yo no hablaba con ella de nada, de si tenía algún problema aislado, si hacía algo, si no hacía, siempre he sido así, no sé por qué...” [Hombre entrevistado].

Habilidades, destrezas y hábitos necesarios para desenvolverse con soltura en el contexto en el que viven

Existen una serie de habilidades y destrezas que son necesarias para desenvolverse en la sociedad actual y se transmiten a través de los órganos de socialización como la familia, la escuela o los medios de comunicación. Desarrollar y poner en marcha estas habilidades facilitan los procesos de inserción comunitaria de las personas.

Algunos de estos hábitos y habilidades son tan básicos como **mantener una buena alimentación o las horas y formas de sueño adecuadas**. Parecen obviedades, pero en el caso de la población que nos ocupa, su estado de salud está o ha estado tan deteriorado que estas cuestiones se convierten en algo importante cuando les preguntas por facilitadores de la inclusión.

“Pues no sé qué más, (...) por supuesto higiene y todo eso, vamos, higiene y una buena alimentación también, básico, básico, por lo menos para mí muy importante; sí, sí, y (...) dormir, sí, dormir es imprescindible para tener una buena salud mental y física, las dos cosas” [Mujer entrevistada].



Ocurre algo semejante con habilidades básicas de **autonomía personal** como las tareas domésticas o comprar ropa. Especialmente los hombres consultados, manifestaban dificultades en estas cuestiones.

“Hombre, adaptarme a..., no es que tenga dificultad (...) pero el tener que, las obligaciones. Que si ahora tienes que hacer un pescado frito, que si ahora tienes que hacer esto, que si ahora tienes que barrer antes de fregar, o limpiar el polvo, todo eso te cuesta. Te cuesta porque nunca lo has hecho” [Hombre entrevistado].

Algunas de estas habilidades son intrínsecas a cada tipo de sociedad y suponen un cúmulo de destrezas que son necesarias para moverse con éxito en esa sociedad concreta. Es el caso del **manejo del dinero**, por ejemplo, ya que a veces muestran dificultades para hacerlo por su vinculación con el consumo de drogas. Poseer dinero es sinónimo de tener la posibilidad de consumir. Para algunos/as profesionales es un factor de riesgo sobre el que hay que intervenir.

“Cuando empiezan a trabajar lo de mantener el empleo también tiene mucho que ver con el primer salario, cuando empieza ya a tener un salario, etc., etc., es decir, el control y la gestión de un dinero es un momento de riesgo a la hora de mantener el empleo, muchos te duran un mes, dos meses como mucho y cuando han llegado al segundo salario o así recaída” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo lo veo en la asesoría por ejemplo cuando ganamos una indemnización de 2.000 euros me da miedo porque digo va a ser consumo activo sí o sí, de no tener nada a tener..., es complicado” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otro ejemplo son las **habilidades y hábitos necesarios para cumplir con un empleo**. De nuevo, en este caso, muestran dificultades que les impiden el pleno ejercicio de sus derechos y obligaciones.

“Yo trabajando... sí cuesta mucho echar las horas seguidas sin descansar. Cuesta, cuesta, llevo mucho tiempo sin trabajar y cuesta, y aun así lo voy llevando, a lo mejor en una empresa normal que van a una producción normal no puedes hacerlo” [Hombre entrevistado].

“Es difícil acceder a un puesto de trabajo pero cuando acceden les cuesta mantener el puesto de trabajo también, a veces condicionado por las cargas familiares los que tienen hijos, yo creo que ya también han perdido el hábito de que hace mucho tiempo que no trabajan, el tener unos horarios, el llevar un ritmo de trabajo, (...) varias personas, estos días, es que han aguantado 15 días” [Profesional participante en grupo de discusión].

En este sentido es interesante retomar la idea de promover otro modelo de organización y convivencia social con entornos más acogedores e inclusivos que tiendan a generar y defender recursos, derechos y obligaciones adaptados a las capacidades y habilidades de cada uno y cada una en cada momento.

A través de las entrevistas detectamos, también, otras habilidades importantes para organizar los quehaceres cotidianos, muy relacionadas con la capacidad de **gestionar y organizar el propio tiempo**.

“Pero bueno, pues eso, estoy todo el día haciendo cosas, si no es entrevista, búsqueda laboral, si no es clase, si no me voy al cine también de vez en cuando, pero organizada y a gusto, muy a gusto, cogiendo pues eso, toda la autonomía de mi tiempo, toda la responsabilidad de ese tiempo, de lo que hago con él y muy satisfecha de tener mi rincón en esta vida” [Mujer entrevistada].

Por último, aparecen destrezas en las entrevistas muy vinculadas al proceso de rehabilitación del consumo problemático de drogas, como es el **autocontrol y la constancia**. Sin duda, para las personas con larga trayectoria de consumo, estas habilidades son clave para sus procesos de rehabilitación y de inclusión social.

“Además, disfrutaba de la abstinencia, pero muchísimo y estoy disfrutando en este mes, lo tengo clarísimo, lo que pasa es que cuando te aprieta el zapato pues piensas automáticamente en el consumo” [Hombre entrevistado].

“Y de la inconstancia también, la búsqueda de empleo requiere mucha constancia y todas esas cosas pues altos y bajos, altos y bajos, que vienen, que no te vienen, etc.” [Profesional participante en grupo de discusión].

El desarrollo de estas y otras habilidades y destrezas depende de múltiples circunstancias como el momento en el que se encuentre la persona o el contexto en el que se mueve. Una de las mujeres entrevistadas daba especial importancia a estas cuestiones cuando afirmaba que las personas poseemos todas esas habilidades y capacidades, pero hay que saber aprovechar el momento para ponerlas en marcha.

“Todo, todas, todas, o sea yo parto de la base de que eso siempre ha estado ahí o puede estar ahí siempre, pero si yo no soy capaz de aprovechar o dar, las dos cosas, que sea un tema recíproco, entre todos estos recursos y entre todas esas personas y yo, y la labor que yo realizo no las vas a ver, o sea no las estás poniendo en práctica, tú puedes ser una persona muy cariñosa o muy positiva pero si tú nunca emites esa positividad, ¿sabes?” [Mujer entrevistada].

Otra mujer consultada explicaba cómo ella había aprendido esas habilidades y destrezas pero no las había puesto en marcha, en este caso por no tomar decisiones respecto a su proceso personal de rehabilitación e inserción.

“Separarme de mi pareja. (...) Yo en Pontevedra adquirí muchas habilidades, pero no hice ningún cambio, no las puse en marcha” [Mujer entrevistada].



Muchas de las habilidades, destrezas y actitudes que hemos descrito aquí, se relacionan también con la fortaleza ante la adversidad y la capacidad de hacerles frente. A. Ramírez de Arellano cita algunas de estas características en su libro “*Coaching para adictos*”, 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 o el sentido del humor.

Los y las profesionales del sector coinciden en apuntar que, hoy por hoy, no se está trabajando en esta línea desde los diferentes recursos destinados al apoyo de los procesos de inserción de las personas drogodependientes cronicadas.

“La tolerancia a la frustración, la capacidad evolutiva, esa cantidad de cosas que de niños aprendemos pero que no somos ni conscientes, la responsabilidad, el uso de la libertad, hay muchas cosas que no trabajamos, yo qué sé, ahora se habla mucho pues la inteligencia emocional, ¿no? todo lo que es lo emocional no se trabaja, entonces la persona tú no le das herramientas para que se mantengan en abstinencia y como soy dependiente pues ya me haré dependiente o de una persona o de una sustancia o del juego o de lo que fuera porque...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Dada la importancia que los factores personales tienen para los procesos de inserción, parece clara la necesidad que trabajar el desarrollo personal y la promoción de la resiliencia, tendría para lograr una incorporación social positiva.

Motivaciones e intereses

Un tercer bloque de factores personales son los que están relacionados con la motivación. Así, si las personas tienen motivaciones e intereses que guíen sus vidas, será más fácil lograr procesos de inserción que si éstas no existen o son limitadas.

La **familia** es uno de los aspectos más nombrados por las personas entrevistadas como elemento clave de sus procesos. Cuando hablamos de familia, hablamos de sus seres queridos, no tiene por qué haber un vínculo de sangre, aunque normalmente lo hay. Recuperar los lazos familiares, hacer unos nuevos o mantener los pocos que tengan suele ser uno de los elementos de motivación para ellos y ellas.

“Y el recuperar por lo menos a mi hijo el mayor. Que ese sería un aliciente para poder luchar” [Mujer entrevistada].

Los profesionales y las profesionales del sector también reconocen la importancia de la familia como elemento motivacional para las personas.

“Dicen: pero es que ahora ya hay gente fuera, ya hay gente que piensa en mí, ya hay gente que depende de mí, ya hay gente que...; bueno, depende de mí, que yo dependo de ellos. Yo creo que son estas cosas son lo que a lo mejor les hacen cambiar” [Profesional participante en grupo de discusión].

El hecho de poseer objetivos vitales, supone un enorme facilitador en los procesos de inclusión. Una de las mujeres hablaba del **deseo de vivir**, de la ilusión de ser y de estar, como uno de los motores de cambio de su propio proceso.

“Ilusión por ser yo, por sentirme viva, ¿sabes? O sea me he tirado muchísimos años sin saber lo que era, o sea o en una cama los últimos años, en una cama que no salía para nada, nada más que para pillar y ponerme” [Mujer entrevistada].

Esta misma mujer continuaba explicando cómo parte de sus nuevas motivaciones tienen que ver con poder sacar lo mejor de sí misma, es decir con su propio aprendizaje y desarrollo personal y social.

“Entonces el ser yo misma, el poder sacar lo mejor de mí, sobre todo sacar lo mejor de mí, que creo que tengo bastantes cosas, o las suficientes para conseguir relaciones y situaciones que me satisfagan, o sea que me vaya por la noche a la cama y diga: ¡Joer, qué guay!, me acuesto a gusto, sin pesadillas (...)” [Mujer entrevistada].

A través de su discurso podemos apreciar la estrecha relación que existe entre las motivaciones y otros aspectos personales como la autoestima o la confianza en una misma, todas ellas características que ya hemos nombrado como fundamentales en los procesos de inserción.

“Es fundamental, fundamental que tú saques de ti lo mejor, que los demás lo valoren y que lo digan, que tú te lo digas a ti misma es muy importante: Pues me encuentro guapa, ¡Huy, qué guapa! Y me apetece arreglarme o lo que sea, ¿no? Y que, eso, que seas capaz de sacar lo mejor de ti y ver que sigue existiendo porque llega un momento que lo dudas mucho, de que haya quedado en ti nada, o sea nada positivo” [Mujer entrevistada].

Cuando las personas tienen motivaciones, en especial esta motivación por el propio aprendizaje y desarrollo y crecimiento personal, son capaces de tomar decisiones costosas y difíciles con tal de lograr sus objetivos. Una mujer lo describía de la siguiente manera.

“Entonces dejé a mi pareja después de 17 años. Dejar la ciudad, dejar las amistades, venirme a un entorno que lo tenía todo en contra, todo, ¿para qué he venido?, para encontrarme yo, para ser feliz, ser una persona normal, con mi trabajo, con mi casa, con mis problemas, pero sin necesidad de evadirme, utilizando las drogas o el alcohol. Fíjate si tienes que ir haciendo cosas” [Mujer entrevistada].

En el grupo de profesionales también se destacó la importancia de tener objetivos e ilusiones en la vida.

“Hay casos donde encuentran trabajo con facilidad, pero un gran factor de riesgo es que no saben lo que hacer con su vida, tienen un gran vacío porque no es todo trabajar e ir a casa, es decir, salen del trabajo, no tienen amigos, no tiene círculos, no saben cómo cubrir esos tiempos fuera del trabajo y entonces generalmente es un factor de recaída” [Profesional participante en grupo de discusión].

La existencia de objetivos e ilusiones vitales es básica para el proceso de inserción de cualquier persona, De hecho, un hombre nos relataba cómo la falta de los mismos le asaltó después de años de rehabilitación.

“Después de 5 años en abstinencia, un día me levanto y digo, vaya mierda, ya tenía trabajo, había encontrado otra vez un piso, lo había montado, todo y dije, pues vaya mierda” [Hombre entrevistado].

Cuando no existen motivaciones que guíen las trayectorias vitales, nos encontramos con la otra cara de la moneda, caracterizada por factores personales que impiden la inclusión, como el bloqueo o la dificultad para tomar decisiones. El relato que sigue a continuación muestra cómo esta falta de objetivos puede llevar a la persona a una desgana y apatía casi depresiva y a no aprovechar las oportunidades que surgen cuando se encuentra en ese momento.

“Pues es que ahora mismo no sé, ahora mismo tengo un vacío que no..., no, no sé. No estoy bien psicológicamente, no por la droga, porque aquel que dice enganchado no estoy, (...) pero que me encuentro, yo qué sé, sin ánimo, sin ganas de nada, sin... Me llamaron el otro día del paro y le dije a M. mira que ahora (...) ahora que estoy mal que te llamen a trabajar (...) Y es verdad, porque, porque no me puedo enfrentar yo ahora mismo... No me siento capaz para llevar una cocina, encargarme de los proveedores, es un follón grande, tienes que estar al 100% y yo no me veo al 100% ahora, ni de aquí (señala la cabeza) ni físicamente, porque te agota, ya necesitas..., y meterme a trabajar y estar consumiendo y consumiendo, al final no” [Hombre entrevistado].

En muchas ocasiones, esta falta de objetivos vitales está relacionado con la situación de vulnerabilidad y de dependencia de otras personas en la que se encuentran y que, de nuevo, genera apatía y desgana.

“Porque estar en la casa me está costando mucho, y me sigue costando, no sé por qué, no..., no sé cómo explicártelo, pero..., joder, me está costando y me va a costar, porque ahora mismo no sé dónde voy a ir. Hombre, tengo esperanza que cambie un poco la situación, pero no creas que mucho..., y el ánimo hace mucho, y como estoy desanimado todo eso me ha traído...” [Hombre entrevistado].

Más allá de las cuestiones motivacionales más abstractas como las que acabamos de describir, existen otros aspectos más básicos que tienen que ver con la existencia de **aficiones e intereses** personales que mantengan la mente despierta y activa. Una mujer hablaba, por ejemplo, de sus deseos de viajar.

“Me gustaría viajar, me encanta viajar, o sea me gusta mucho en general todo, me gusta leer, me gusta el teatro, la danza, y suelo ir a menudo; bueno, a precios económicos, tal, buscando las vueltas” [Mujer entrevistada].

Encontrar esas pequeñas cuestiones que alegran el día es muy importante para alimentar y facilitar los procesos de inclusión comunitaria, ya que mantener la mente ocupada se convierte en una pieza clave de su proceso de rehabilitación. De hecho, uno de los hombres consultados nos describía lo importante que sería para él tener alguna actividad que realizar a partir de las cuatro de la tarde para mantener su mente ocupada en otras cuestiones.

“Pero en el momento que se van a las cuatro, porque se van a las cuatro, pues ya me quedo muy solo y entonces ya empiezo a dar vueltas a la cabeza. A partir de las cuatro, me (...) mucho, ¿sabes? Porque me veo muy solo. Tener algo, algo (...), en vez de tantas vueltas a la cabeza, cualquier actividad, ¿no?” [Hombre entrevistado].

Una mujer también nos comentaba cómo el tener tareas cotidianas que la motivasen, le ayudaba a mantener su lucha diaria contra el consumo problemático.

“Es una lucha, pero el tener cosas que hacer me obliga y me motiva, entonces voy a clases de informática, por la mañana y por la tarde en Pozas, y luego estoy con el tema de búsqueda laboral, estoy en cuatro sitios a la vez” [Mujer entrevistada].

En este sentido, la **gestión del tiempo** se convierte en otro de los elementos claves del proceso, pues puede hacer que la balanza se incline hacia un lado u otro del continuo de inclusión/exclusión. Las personas en proceso de rehabilitación y en proceso de trabajo para resolver su situación de exclusión social tienen, con frecuencia, mucho tiempo que si no consiguen organizar y ocupar con tareas que les enriquezcan y ayuden en su proceso, puede convertirse en una auténtica barrera para el mismo.

Encontramos algunos discursos en los que la gestión del tiempo es un facilitador de los procesos de inserción.

“A ver, aunque no trabaje no me sobra, yo si tengo tiempo y tengo dinero creo que podría hacer muchas cosas al cabo del día, ¿sabes? Sin problemas de tener que trabajar” [Mujer entrevistada].



Sin embargo, en otras ocasiones aparece como demanda explícita la necesidad de ocupar el tiempo con algún tipo de actividad, sobre todo si hablamos de tiempo de ocio y tiempo libre.

“Hombre, necesitaría un entretenimiento, que también están en ello, están dándome. Tener la mente ocupada en eso, no pensar (...) ni cosas de estas. No pido nada más, si tuviera 30 o 40 años pues mira, tendría yo..., pero ya con 62 años, casi 63 en agosto que los cumplo, pues no tengo ambiciones. No tengo, mi ambición es sacar el día a día, de vivir en una vida sana, en una vida como la que estoy llevando” [Hombre entrevistado].

“A veces en citas individuales con ellos, que la cita es intentar encontrar una actividad gratuita un jueves por la tarde de algo que les guste, para que se relacionen con otras personas porque... es que al final si no se pasan todo el día o en casa” [Profesional participante en grupo de discusión].

La gestión del tiempo libre y el ocio no son factores que se estén teniendo muy en cuenta a la hora de planificar los itinerarios de inserción social y los recursos necesarios para el mismo.

“No se trabaja el ocio, no se trabaja la red social, es que hay centros que no tienen trabajadoras sociales ya” [Profesional participante en grupo de discusión].

Sin embargo, tanto profesionales como personas drogodependientes, consideran importante trabajar estos aspectos motivacionales, de alguna forma, a través de las redes de recursos asistenciales.

“Entonces yo creo que aquí sí que hay una necesidad de esos recursos, que no están, de motivación porque, al fin y al cabo, sentirte útil... que es un poco lo que te va a dar sentido a tu vida y es a donde te vas a enganchar. Me parece que hay una escasez en ese sentido” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Sí, tener un entorno, no sé cómo decirte, que hubiera como un curso de rehabilitación de algo, ayudar a tu mente a recuperarse un poco, digamos, de haber estado en este mundo, porque es verdad que te cuesta, te cuesta trabajo encontrarte otra vez..., te quedas como, como que sales de una burbuja que has estado ahí metida y cuando sales te quedas que parece que no sabes, pues que hubiera un sitio donde, no sé cómo te voy a explicar” [Mujer entrevistada].

Emociones y sentimientos

Existen algunos estudios sobre la situación de extrema exclusión de las personas sin hogar donde se muestran algunos factores de protección en este sentido, como el desarrollo de determinadas competencias emocionales o una adecuada gestión emocional de los conflictos. Así, parece claro que sentimientos y emociones, y la gestión de los mismos, pueden tener un alto impacto en el proceso de inclusión socio-comunitaria.

En relación a una adecuada **regulación de los conflictos**, una de las mujeres nos explicaba cómo sentía que su aprendizaje y avance en este área estaban siendo importantes para su proceso.

“De repente veo cómo se van ganando en habilidades, yo hace 4 años le entraba a mi madre pero así... al toro viene aquí, y ella que es otro toro, pues claro, entonces eso era mi excusa perfecta para irme a partirme la cara, a beber, a tal, y entonces esas habilidades las vas ganando, y entonces yo me veo y ¡pum!: Bueno, mamá, mañana hablamos” [Mujer entrevistada].

Del mismo modo, las profesionales y los profesionales de los grupos de discusión, nombraban la regulación de los conflictos como uno de los elementos clave que dificultan el proceso inserción de las personas con larga trayectoria de consumo.

“Asumir normas, sí, luego también la resolución de conflictos que en cualquier puesto de trabajo puedes tener con superiores jerárquicos o con compañeros, eso a ellos también se les hace un mundo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Tras las entrevistas y grupos de discusión, hemos recogido alguno de los sentimientos que más aparecen en los discurso de las personas colaboradoras y que parecen levantar auténticas barreras para la inclusión social. Encontramos, por un lado, el **miedo** que surge, sobre todo, ante situaciones nuevas o desconocidas. Es el caso de esta mujer que manifiesta que el orden le proporcionaba miedo.

“Pero también tengo miedo a ese, a eso todo tan ordenado porque... no me preguntes por qué, porque hay veces que todo ese orden me hace...” [Mujer entrevistada].

En otras ocasiones manifiestan sentimientos relacionados con la **presión o la ansiedad** que su situación les provoca. Unas veces los explicitan directamente en sus discursos, como este hombre que participó de las entrevistas:

“Sinceramente en ese sentido estoy un poco desilusionado, pero sí me gustaría volver a tener mi casa, pero por otro lado estoy viendo, intento que eso no me ocasione, que no me agobie, pero sí me siento como diciendo, otra vez empezar de nuevo, que rollo” [Hombre entrevistado].



Y otras veces se deduce esa ansiedad al escuchar o leer su discurso, como el caso que sigue:

“(...) porque he pasado gordos, monos gordos, sé que es una tontería, es más de aquí (señala la cabeza). ¡Uf! Malo. Desanimado, no tengo trabajo, voy, entrego el curriculum, ni me llaman, ni para sí ni para no, he tenido que volver con mis padres, perdí todo, la familia, a la mujer, a la chiquilla, todo por las circunstancias de la droga. Y eso, pues me está trayendo, pues de cabeza. Me he aislado mucho, me encuentro solo, que eso es lo peor que... Ahora noto a mi familia otra vez..., claro, si es que es normal” [Hombre entrevistado].

De cualquier forma, este sentimiento les lleva a mantener niveles de estrés mental muy altos. Además, es común que se den varios de ellos a la vez, como el caso de esta mujer que explicita claramente sentir miedo, presión e incapacidad para perdonarse si recae.

“Claro, de cara a mañana no, pero..., me imagino que en esto, no lo sé, es que en la droga llevo, si tengo 49 años, fíjate, si con 14 o 15 me estaba drogando, imagínate. Es que el que vaya resolviendo estas cosas... pero es tremendo. Me da miedo, me da miedo meter la pata. Es mucha presión, para mí en este momento... es que no me lo perdonaría” [Mujer entrevistada].

Los sentimientos de estrés y presión están muy relacionados con la posibilidad de volver a recaer y fallarse de nuevo a ellos/as mismos/as y a su entorno, perdiendo la confianza y otras cuestiones difíciles de recuperar.

“Claro, porque en que confíen tardan mucho, pero perderla es así, y lo que cuesta que confíen y ganarte la confianza..., yo 4 o 5 años que me ha costado, y ahora la he tirado en una semana. Lo que me ha costado equis años, en una semana... Y claro, ya no..., y claro, como no tienes..., porque no puedes ir a ningún lado, ni te puedes ir a vivir a otro lado, ni nada, y eso..., yo eso siempre, desde que he salido de la prisión, digo, joder” [Hombre entrevistado].

Otras veces, viene dado por la acumulación de tareas y por la cantidad de elementos que tienen que barajar en su proceso de rehabilitación e inserción social. Una de las profesionales del sector consultadas, apuntaba como otro factor de exclusión la escasa resistencia a este estrés y tensión.

“Es poca tolerancia al estrés, o sea cuando tienen más de una tarea ya se bloquean, entonces como en la vida diaria tienes que hacer muchas cosas, o sea eres trabajador, ser hijo, padre, entonces todo eso a ellos muchas veces les supera y puede ser muchas veces un tipo de recaída” [Profesional participante en grupo de discusión].

Otro sentimiento muy citado por las personas consultadas para este estudio es el de **soledad**. Puesto que la población que nos ocupa se sitúa en márgenes de exclusión muy marcados, parece lógico pensar que la soledad sea un sentimiento recurrente para ellos y ellas.

“Nada, es que no tenía nada, la verdad, no tenía nada, el problema es que sales y te ves solo, te ves sin trabajo, a la misma gente y eso pues...” [Hombre entrevistado].

“Y cuando me (...) en la droga es que me he visto muy solo, no he tenido el apoyo de mi familia nunca, solo” [Hombre entrevistado].

No son pocas las personas entrevistadas que han aludido a este factor como detonante de su recaídas y, por tanto, de su aceleración del proceso de exclusión.

“O sea, yo es que, la verdad no sé cómo he llegado a esta situación otra vez, yo creo que ha sido la soledad, porque me he empezado a aislar y tal, y al final cogía y, tenía cuadro duros ¡me voy!, y parecía que me evadía, bueno, viviendo, no pienso, y al día siguiente pues... Y yo creo que eso...” [Hombre entrevistado].

Como hemos visto antes, del mismo modo que la existencia de motivaciones e intereses facilita la inserción, la falta de ellas y la aparición de sentimientos de **apatía y desgana** dificultan estos mismos procesos. Esta apatía y desgana, viene muchas veces provocada o potenciada por otros sentimientos como el miedo o el menosprecio por si mismos/as.

“No, yo sí quiero hacerlo, y no lo he hecho también por otro problema que tengo, que estoy muy vago, muy mañana, mañana, y sí, tengo que ponerme en los recursos y esas cosas, por ejemplo eso sí me lo ha dicho mi hermana y eso sí, tengo que hacer un curso o algo, meterme en un sitio y ver a la gente. Cosas que he hecho, porque yo antes no era así, pero me he hecho de una manera, vago no sería..., bueno, sí, empiezo a ponerme pegas y, bueno, a mí esto y para qué esto, en vez de ver las cosas más positivas me echo mucha tierra” [Hombre entrevistado].

De hecho, el **escaso afecto por uno/a mismo/a** es un sentimiento muy frecuente en las personas en situaciones de exclusión social en general y en la población que nos ocupa en concreto.

“Sí, en realidad son peros míos porque..., pero la gente, yo tengo muchos defectos, pero como que es el defecto de que por qué no puedo relacionarme yo con él, o porque es más listo que yo, o porque es más tonto, porque es más.... Tonterías, sé que son cosas de la cabeza pero que las tengo así. Pues el tiempo que llevo sin trabajar, sin pertenecer a un grupo, a algo, a una actividad, son más de cinco años ya, es que yo no lo quiero ni contar.” [Hombre entrevistado].

Los elementos vinculados a la gestión de emociones y sentimientos han ido cobrando más protagonismo poco a poco. “Una buena gestión emocional nos hace más fuertes y capaces, y una mala nos debilita” [Ramírez de Arellano, 2012]



Así, es frecuente escuchar argumentos a favor de trabajar la inteligencia emocional en escuelas y centros educativos, por ejemplo. En este sentido, sería muy interesante llevar a cabo una mayor incorporación de estos elementos en el proceso de inclusión y rehabilitación de las personas en situaciones de exclusión en general, y con una larga trayectoria de consumo problemático en concreto.

Abordar estos elementos personales en los procesos de acompañamiento y seguimiento de las personas en situación de exclusión social, supone apostar por una **profunda transformación personal** como elemento clave (que no único ni suficiente) para lograr un mayor y mejor acceso a los recursos, los derechos y las obligaciones que esta sociedad ofrece. En este sentido, encontramos discursos que expresan la importancia y necesidad de hacer estos cambios personales para lograr un proceso de inserción positivo.

“Pero como he querido recuperar (...) yo he querido recuperar parcelas de mi familia, que la tenía completamente..., entonces como estaba esa casa, ese tal, yo el trabajo que me estoy haciendo en 2 años, con todos mis hermanos, es tremendo. A mí ni me miraban a la cara y... mi madre ya no te quiero ni contar. Todo eso se va, no es que se vaya equilibrando, pero bueno, estoy haciendo unos cambios cuando yo pensaba que los cambios los tenían que hacer ellos” [Mujer entrevistada].

En el caso de la población con larga trayectoria de consumo problemático, esta transformación personal tiene que ver con el abandono de una forma de vida estrechamente asociada al consumo de drogas. Hablamos de personas cuya identidad se ha forjado en torno al consumo de drogas y todo lo relacionado con el mismo. Sus relaciones personales, sus formas de ganarse la vida, sus habilidades o incluso sus experiencias amorosas y motivaciones, están construidas desde este ámbito. Su **identidad está atravesada por el consumo de drogas y la exclusión** que conlleva. Iniciar un proceso de inclusión, de aumento y mejora del ejercicio de la ciudadanía, obliga a esta profunda revisión y transformación personal que resulta, sin duda, costosa, dura y compleja. Una de las profesionales consultadas describía de esta forma el proceso:

“Es muy importante (...) que tú te has formado a raíz de muchos años de consumo y la gente que consume, el poblado, aquí, allí, muchos años de yo soy Pepe y soy Pepe consumidor, no sé qué, me gusta ponerme y de vez en cuando estoy abstinentes y de vez en cuando pues tal y en un piso, y orientadores, y educadores, no sé qué. ¿Y cuál es lo que se le ofrece? Trabajar 10 horas si trabajas no sé dónde, sin... Sin acceso a la vivienda, sin acceso a no sé qué, pues yo que es difícil, ya solamente el cambio debe ser un proceso muy duro, incluso para cualquier persona ese cambio de identidad, es decir, ahora yo en vez de ser orientador voy a ser, yo qué sé, y si a la vez tienes que trabajar una serie de aspectos que nadie te va a...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Uno de los hombres que participaron en las entrevistas nos comentaba, por ejemplo, el cambio que su dinámica cotidiana había sufrido por el hecho de comenzar el programa de metadona, afectando especialmente a sus relaciones personales y al aumento de su aislamiento. De hecho, el equipo de profesionales nos comentaba que es común que en muchos momentos del proceso se encuentren en peores circunstancias que en momentos en los que están consumiendo.

“Bueno, ya estaba con la metadona solo, pero la metadona pues también es otra droga que te hace daño y que..., vaya, yo me he aislado mucho, me ha servido para aislarme y antes pues con otras drogas pues vas a comprarlas, tienes el..., todo esos momentos y la metadona no, la metadona te la dan, te la tomas, es como algo muy en tu casa, solo” [Hombre entrevistado].

Se trata, por tanto, de un proceso de cambios personales que puede prolongarse muchos años y que, durante el mismo, puede darse muchos altibajos marcados por la confusión y la pérdida de referentes identitarios en muchas ocasiones. Un profesional que participó en los grupos de discusión hablaba de estos momentos de desorientación y los describía como parecidos a los que sufren las personas que han pasado gran parte de su vida en prisión.

“O sea consumen, están a lo mejor 8 o 9 meses sin consumir, luego otra vez, o sea como que al final lo han convertido en un estilo de vida y un poco están todo el rato en la rueda de, pues eso, CAID, piso, no sé qué, busco trabajo, lo pierdo, otra vez CAID, piso, tal. Que a veces es como el que comete un delito para entrar en la cárcel, ¿no?” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por tanto, el abordaje de los factores personales es clave en el continuo de inclusión/exclusión de las personas y los grupos. Así, la investigación científica parece conceder cada vez más peso a estos factores como facilitadores de los procesos de inclusión.

En relación a estos aspectos personales y, sobre todo a las características resilientes, es importante decir que éstas han sido más nombradas por **las mujeres** que han participado en el estudio. En general, las mujeres que han colaborado a través de entrevistas y que se encontraban en proceso de rehabilitación, no sólo citaban con más frecuencia estos factores en positivo y como características personales propias que les estaban resultando útiles para su proceso sino que, además, mostraron claramente esas actitudes durante la entrevista.

Una mujer entrevistada lo explicaba, resaltando la satisfacción personal que sentía al haber logrado ese cambio personal en sus actitudes, sentimientos, motivaciones y destrezas.



“Yo es que creo que es todo, o sea creo que toda tu actitud y todo lo que realizas, hasta el más mínimo detalle, interviene e influye en lo que tú reafirmes, o sea es así. Entonces si tienes una actitud positiva, receptiva, no tanto empática (...). Es como que tú hablando y tú vas con la gente hasta el más mínimo detalle y ves como tu tranquilidad y tu simpatía o tu huir de los nervios y de ir de mala leche, pues genera buen rollo y lo recibes, eso para mí es quizá la mayor satisfacción que tengo y lo que más incido en poner” [Mujer entrevistada].

En el caso de los hombres entrevistados para este estudio, esto no ha ocurrido de la misma manera. En general, no han citado elementos personales, ni cuestiones vinculadas a la resiliencia en sus discursos como facilitadores del proceso de rehabilitación e inserción. En las pocas ocasiones que lo han hecho, ha sido en forma de carencia personal. Además, su actitud en las entrevistas también mostraba con más frecuencia estos elementos personales en negativo como en forma de pesimismo, culpabilidad por el pasado o dificultad para comunicarse con el entorno.

Es posible que este hecho sea algo aislado o casual, pero también podríamos estar ante diferencias entre hombres y mujeres provocadas por condicionantes de género. El simple hecho de ser mujeres nos coloca en una situación de desventaja social cuyas consecuencias sufrimos a diario en nuestras vidas cotidianas. Es probable que esto, al mismo tiempo, nos ofrezca la oportunidad de desarrollar una personalidad resiliente con más probabilidad que los hombres.

Creer y desarrollarnos en mundo patriarcal, blanco, heterosexual y adulto-céntrico, coloca a los hombres en una clara situación de ventaja social pero, a la vez, podría negarles la oportunidad de desarrollar la capacidad de afrontar situaciones menos favorables y de salir fortalecidos de las mismas. Este tipo de afirmaciones estarían en consonancia con algunas teorías de la educación y del aprendizaje que defienden que sobreproteger a los niños y niñas tiene consecuencias devastadoras en los futuros adultos y adultas que serán. Así, crecer en un contexto social muy favorecedor, donde el mundo parece estar hecho para uno y sus necesidades, facilita el empoderamiento social, la capacidad de moverse, opinar y decidir o el acceso a los recursos y los derechos y obligaciones. Sin embargo, también te coloca que una situación de sobreprotección muy parecida a la del niño/a-tirano/a del que hablan los textos de educación y aprendizaje, lo que facilita una menor capacidad de resistencia a la frustración, una menor visión de proceso y de interdependencia o menos capacidad para enfrentarse a situaciones adversas y tomar decisiones.

Sin ánimo de presentarlo como un resultado claro, lanzamos aquí estas reflexiones a modo de excusa para futuras investigaciones en esta línea.

ÁMBITO DE CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Este ámbito de inclusión es fundamental y remite a la plena participación en derechos y obligaciones. Podríamos decir que nos encontramos ante un ámbito que es difícil de alcanzar si el resto de ámbitos no están, al menos, en puntos intermedios del continuo inclusión/exclusión.

Disfrutar de una plena participación en derechos y obligaciones, para la población que nos ocupa, es casi una quimera que apenas ha aparecido en los discursos en forma de deseo u objetivo. El nivel de exclusión es profundo y los puntos de partida de desventaja social de estas personas son de tal magnitud, que resulta complicado encontrar aspiraciones a la participación política y social. Es fácil que cuando las posibilidades de incidencia en el entorno más o menos inmediato son reducidas o nulas, la influencia en los espacios de gestión política no sean un interés ni una meta para las personas y los grupos.

“En este sentido, autores como Rosenstone y Hansen (1993) muestran cómo los fenómenos vinculados a procesos de exclusión, ya sea esta de carácter económico, laboral, formativo o de otra índole, inciden directamente en la participación en un sentido negativo, es decir: en la no participación. De este modo, los mismos autores subrayan que las personas que participan en el campo político son aquellas que se hallan social y económicamente en una mejor posición social” [Subirats y otros/as 2004]

De las 12 personas entrevistadas, sólo dos de los hombres hacen referencia a estos aspectos en forma de deseo. Uno de ellos manifestaba ilusión por sentirse parte de algo.

“Pertener a algo, no sé, y hacer algo porque también es que estoy sin hacer nada, todo el día sin hacer nada” [Hombre entrevistado].

Ambos muestran deseos de incidencia en lo más local y cercano a través de asociaciones y otras entidades, por ejemplo. Aún en estos casos, encuentran barreras para participar.

“Pues mira, me gustaría hacer un voluntariado y fui a enterarme a la C., pues ponen pegas, de qué es lo que eres, qué es lo que tienes para dar; si yo soy voluntario pues se podrán hacer muchas cosas, pero no hay demasiado, voy a seguir intentando, pero me resultó curioso que para ayudar tienes que ser o médico, profesor o..., o sea a los niños no les puedes ayudar, si no tienes el título de profesor no les puedes enseñar nada porque, no sé, mejor que estés sin gente que no estén con uno que no es profesional, por lo visto. Pero, vaya, voy a seguir intentándolo” [Hombre entrevistado].

“Estoy viniendo aquí, estoy en la C. de voluntario, estuve en A. de voluntario. Hombre, empecé a hacer un curso, pero me puse en contacto con esta gente y me mandaron a la C., y ya me quedé, digo: Ah, pues me quedo aquí en la C. y bien. Me llena, algo..., hombre, es que haces algo positivo” [Hombre entrevistado].



El que sólo sean los hombres los que hayan citado estos factores, nos lleva a plantear la existencia de condicionantes de género como explicación de este hecho. Es probable que las mujeres no hayan realizado discursos en este sentido porque su ámbito de poder está vinculado a lo privado y, por tanto, sus aspiraciones y deseos, condicionados por el género, tienen más que ver con lo privado que con lo público. Dicho de otra forma, son los condicionantes vinculados a la masculinidad los que hacen atribuciones vinculadas a participar en el espacio público y, es por ello que, son los hombres los reproducen estas atribuciones en forma de deseos.

De cualquier forma, son varios los factores de exclusión que encontramos en este ámbito y la población que nos ocupa sufre, de alguna manera, todos ellos. Partiendo de Subirats y otros/as, citamos aquí los cuatro factores de exclusión que proponen en su clasificación:

- No acceso a la ciudadanía
- Acceso restringido a la ciudadanía
- Privación de derechos por proceso penal
- No participación política y social

RECURSOS DESEABLES Y ESTADO DE LOS ACTUALES

Dado que los factores que influyen en los procesos de exclusión/inclusión de las personas drogodependientes cronificadas son muchos y variados, atender y acompañar a las personas en su trayectoria personal de inserción implica disponer y poner en marcha múltiples recursos que sean capaces de apoyar los nueve ámbitos descritos.

En este sentido, tomando como referencia los resultados descritos y la opinión de las personas consultadas, la red de recursos sería recomendable que contara con una serie de características que pasamos a detallar. Al tiempo que las comentamos reflejaremos, también, el estado de la red actual según la opinión del grupo profesionales y de los y las drogodependientes que han participado en el estudio.



RED ASISTENCIAL AMPLIA Y DIVERSA

Puesto que contemplamos la exclusión social desde una perspectiva integral, donde los factores que inciden son muchos y abarcan nueve ámbitos de desarrollo muy diferentes, la red diseñada para apoyar el proceso de rehabilitación e inclusión de las personas drogodependientes cronicadas debería contar con recursos en cada uno de los ámbitos analizados, a saber:

- Laborales
- Económicos
- Formativos
- Residenciales
- Socio-sanitarios
- Relacionales
- Macro-sociales
- Personales
- Ciudadanía y participación

Podríamos imaginar que cada uno de los ámbitos descritos es un continuo en sí mismo que va desde las situaciones más inclusivas a las de mayor exclusión. En este caso, y tras lo descrito a lo largo de este estudio, la población mayor de 45 años con una larga trayectoria de consumo problemático, se encuentra en el extremo de la exclusión en todos o casi todos los aspectos. En el testimonio que sigue, se puede comprobar la multitud de factores que nombra y, por tanto, la cantidad de recursos que harían falta para lograr salir de la situación de exclusión en la que se encuentra, a pesar de llevar varios meses sin consumir.

“Entonces eso, que mi salud sea lo mejor posible, recuperar a mi hijo y luego pues no sé, tener mi espacio siempre para saber que ese es mi rincón, para tener donde volver, para decir hogar dulce hogar, para tener la responsabilidad de limpiarlos, para lo que sea, para todo, ¿no? es para mí muy importante también. Y luego tener pues, a ver, el trabajo lo estoy buscando porque creo que es una necesidad sobre todo económica, más que mental, fíjate lo que te digo, a estas alturas creo que más que mental es económico porque yo el tiempo (...)” [Mujer entrevistada].

Además, y como ya hemos comentado, los factores de exclusión son interdependientes y se influyen unos a otros en una dirección o en otra del continuo inclusión/exclusión, por lo que la intervención para aumentar y mejorar el ejercicio de ciudadanía de estas personas debe contemplar la integralidad. Como decía una de las personas entrevistadas, está todo conectado.

“Pero todo creo que está en relación, o sea no se puede tener ocio, o sí se puede, claro, pero no es lo lógico si no tiene uno un trabajo, tienes en la vida una ocupación y cuando terminas tu ocupación tienes tu ocio” [Hombre entrevistado].

Así, la mayor parte de las ocasiones, no nos encontramos ante una única problemática sino, más bien, ante un cúmulo de varias dificultades que necesitan ser abordadas de forma simultánea para obtener unos buenos resultados. La red de recursos asistenciales debería ser capaz de **llevar a cabo acciones integrales**, donde se traten a la vez diferentes problemáticas y las consecuencias de los cruces entre ellas.

Un ejemplo claro de esta cuestión es la atención a mujeres drogodependientes y víctimas de malos tratos. Son casi inexistentes los recursos preparados para abordar ambas problemáticas de forma simultánea y, sin embargo, la necesidad de trabajar ambos problemas de forma paralela es cada vez más evidente y acuciante.

Además, parece que la **red asistencial disponible no es suficiente**, pues algunos recursos son extremadamente escasos o inexistentes, como el caso de los recursos vinculados a factores relacionales y/o personales. Una mujer consultada mostraba su percepción de cierto desequilibrio entre demanda y recursos existentes.

“Yo pienso que a lo mejor no dan abasto para todo lo que la gente necesita” [Mujer entrevistada].

La falta de recursos es percibida y expresada también por los equipos profesionales y repercute negativamente en los procesos de rehabilitación e inclusión.

“Hay recursos pero son insuficientes, (...) los recursos son muy, muy escasos, está la planta de comunidades terapéuticas para la Junta, está (...) que es el único centro público que lo paga la Junta y aunque son concertados pero con pocas plazas (...) y luego es que pues eso, hay 9 UCAS en Castilla-La Mancha y ya. El resto somos profesionales de entidades, tercer sector, o sea público la red es escasísima, escasísima” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Cuando yo consigo vincular a alguien, que me puede costar años porque vincular a unas personas de esas, desmotivadas para el cambio (...) yo echo en falta muchas cosas, los recursos de calle (...), necesito recursos de centros de día que no son suficientes y además que muchas veces no tienen el nivel de baja exigencia que necesita” [Profesional participante en grupo de discusión].

Esta falta de recursos se ha agudizado mucho en los últimos años. Parece que este hecho se debe a los tiempos de crisis y recortes que vivimos por un lado, y a la invisibilización que sufre esta población y la sensación generalizada de que ya no hacen falta este tipo de intervenciones por otro.

“Te decía eso, que yo he hecho cosas mal, pero ahora que estoy haciéndolas bien no encuentro respaldo, por lo menos el que había antes. Por ejemplo cursos, talleres de jardinería yo he hecho tres, ya no hay de esos” [Hombre entrevistado].



“Pero, por ejemplo, antes la primera vez que vine aquí a S. me derivaron enseguida a un cursillo de esos que te digo, donde éramos todos ex-drogadictos o gente que teníamos problemas, con su marido que le había pegado, había varios problemas, pero sabes que hay problemas y que tienes que dar el callo porque tienes que demostrar que tus problemas..., y estaba bien (...) que fue un curso, me encantó y con unos profesores muy buenos (...)” [Hombre entrevistado].

Nos encontramos ante un colectivo en una situación de extrema exclusión que nos obliga a diseñar y llevar a cabo intervenciones muy complejas y prolongadas en el tiempo.

“En esto se necesita mucho tiempo, mucho, no es una cosa de un día ni de dos, yo te estoy hablando de dos años pero habrá que gente que más y habrá gente que un poco menos, pero mucho menos lo dudo, ¿me entiendes? Porque es cambiar hábitos, es cambiar todo, es que es todo, tienes que cambiar todo dentro de ti” [Mujer entrevistada].

“Y además lo que comentaba S. que hay experiencias reales que a lo mejor una persona se tira 7 años, porque necesita 7 años, cada persona necesita un tiempo y si los tiempos están acotados por unas normas” [Profesional participante en grupo de discusión].

Este largo recorrido hasta la obtención de una vida plena, autónoma y satisfactoria, pasará por muchas fases y momentos.

“(...) pero tenía muchos altibajos, en los bajones, digamos, se iba del centro, se autolesionaba, la agresividad, volvía al alcohol, hasta que a base de coordinación con los CTA se pudo estabilizar. Pues ha podido hacer lo mismo, un curso de mantenimiento de edificios, unas prácticas remuneradas y un contrato. Entonces eso, tiene 54 años, llegó con 44 y desde los 18 había estado con consumo, que abandonó hace 8 años” [Profesional participante en grupo de discusión].

Estamos hablando, en algunos casos, de procesos sumamente largos, que pueden llevar toda una vida pues, como hemos visto anteriormente, se trata de un cambio de estilo de vida y de una transformación personal profunda. El camino será complicado, tanto que en algunos casos se darán situaciones en las que, las personas en proceso de rehabilitación e inserción, se sientan peor que cuando se encontraban en una situación de mayor exclusión y vulnerabilidad, incluso peor que cuando aún consumían.

“Hay momentos de abstinencia que están mucho peor que cuando están consumiendo, es decir, cuando están consumiendo tienen una facilidad de buscarse la vida brutal y cuando están abstinentes no saben moverse, no saben buscarse la vida, no saben tal. - Porque tienen que tirarse al vacío, ya no pueden depender de los contactos que tenían anteriormente, es tirarse al vacío entonces se quedan que no saben moverse” [Profesional participante en grupo de discusión].

Sería deseable que la red de recursos disponibles tuviera en cuenta estas cuestiones y pudiera dar respuesta a la extensa lista de necesidades que surgirán en el largo recorrido que implica la profunda transformación personal y el importante cambio de estilo de vida que requieren el proceso de inclusión de esta población.

RED DE RECURSOS DE PROCESO Y CONTINUIDAD

Continuando con lo que decíamos en el apartado anterior, y dadas las características generales de la población que nos ocupa y los ámbitos y factores de exclusión que hemos descrito, nos enfrentamos a un largo y lento proceso de rehabilitación e inclusión que puede durar varios años.

En estas circunstancias, se hace necesario que los recursos disponibles permitan realizar un apoyo de continuidad, convirtiéndose el **seguimiento** en una herramienta fundamental del proceso.

“El problema ese, que necesito a alguien, apoyo, ¿no? Una vez que salga de la droga necesito mucho apoyo, un trabajo o tener un sitio para estar, para hacer mis actividades, algo” [Hombre entrevistado].

“Pero sí sería muy importante una cosa, una figura que es la del gestor del caso, quién se hace cargo de ese caso, que es una persona al fin y al cabo” [Profesional participante en grupo de discusión].

La necesidad de esta herramienta queda patente en la situación que nos cuenta este profesional:

“Y la salida de prisión de una persona de esas características, mayores de 45 años que sale de prisión, con largo historial de consumo, sin formación, sin vivienda, sin familia, sin red de apoyo social ni familiar ni nada ¿qué hace en la calle? es que se encuentra perdido. Yo tengo muchos así y están perdidos, están muy solos, lo pasan muy mal y es un trabajo muy lento y sobre todo lo que habéis dicho vosotros, de acompañamiento diario y de vínculo, porque de allí se parte el trabajo luego con la persona” [Profesional participante en grupo de discusión].

Entendemos el acompañamiento, siguiendo a A. Ramírez de Arellano, como una relación educativa entre el/la profesional y la persona atendida que comienza con una adecuada acogida y diagnóstico compartido y continúa con la elaboración de un itinerario personal que se revistará y mantendrá a lo largo del tiempo.

El/la profesional se convierte en una figura de referencia que apoya el profundo proceso de transformación personal y social a través de la facilitación de diferentes recursos como instrumentales, cognitivos o emocionales. Su función es facilitar la información y el acceso a los recursos, al tiempo que media con la persona y su entorno personal e institucional. “La protagonista es la persona, pero el profesional está a su lado para apoyarla”. [Ramírez de Arellano, 2012]



La importancia de esta figura y de su función de mediación con la persona y su entorno, ha sido citada en varias ocasiones en los grupos de discusión.

“(…) es decir, una persona que cuando salga el usuario, pues le ayuda, esté yendo a un piso de inserción donde puede estar, donde tú directamente le consigues un empleo, una ocupación y no sé, y hacerlo como un recurso abierto que al final yo vuelvo a lo mismo recurso y mucho personal, claro” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo con el tema de prisión, por ejemplo, pues la gente sale de prisión, nadie trabaja la incorporación, que medie la familia con tu hijo que va a salir, eso no se trabaja, no hay trabajo con familia, y las familias y todo lo que tienen. La gente sale, los recursos que existen (…) tiene acceso a vivienda si quieres (…) pero no hay de verdad un recurso donde alguien tutele a la gente fuera, consume o no consume, para a ver cómo es la relación con tu familia, cómo trabajar con la familia, todo eso yo no sé si existe. Bueno, a mí no me consta” [Profesional participante en grupo de discusión].

Parece que esta figura sí existe mientras están dentro de la institución pública (en prisiones o centros de menores, por ejemplo). Sin embargo no es tan fácil encontrar este recurso cuando se encuentran fuera de estos espacios.

“No hay un recurso que siga tutelando a la gente cuando está en la calle” [Profesional participante en grupo de discusión].

Esto supone, por un lado, la pérdida del trabajo de proceso y continuidad del que hablamos y, por otro, un cambio muy drástico que puede perjudicar seriamente a la persona y su trayectoria.

“Sí, es lo que digo porque, tú fíjate, estamos tutelando desde prisión, o desde la comunidad a un chico que está tutelado por la comunidad o por la prisión, cuando sale ya no trabajamos con ellos y entonces a partir de ahí los dejamos solos, como está acostumbrado a estar tutelado a veces eso falla” [Profesional participante en grupo de discusión].

Incluso, hay profesionales que consideran que algunas de las personas que pertenecen a la población que nos ocupa, van a necesitar seguimiento prácticamente toda la vida debido a la situación de dependencia en la que se encuentran.

“Hay gente que va a necesitar tutela hasta que se muera, con más apoyo, con menos apoyo, podrá hacer sus actividades o tener que estar vigilado más, no lo sé, pero al final yo creo que hay gente que necesita tener personas un poco referente durante prácticamente todo el día” [Profesional participante en grupo de discusión].

El acompañamiento entendido desde esta perspectiva, supone un “asesoramiento personalizado, multidimensional y destinado a facilitar un proceso de cambio que sucede a lo largo de diferentes fases” [Ramírez de Arellano, 2012]. Se trata de una figura de intervención integral que está en consonancia con la propuesta de recursos integrales que hemos planteado más arriba.

Aunque no siempre puede ejercer estas funciones de continuidad, esta figura está presente en los recursos desde hace tiempo (no destinada a todo el proceso pero sí a parte del mismo, una vez que han pasado por desintoxicación). Los resultados son muy positivos y las personas muestran agrado y satisfacción con este recurso.

“Hay una persona que pasa todas las semanas una vez a la semana para el tema de compra y comida y incidencias en la casa. Y hay otra persona que es directamente mi profesional de referencia, que es la que tengo, la veo a menudo para hacer cosas, para hablar y tal y luego pues está al otro lado del teléfono siempre” [Mujer entrevistada].

Trabajar desde una perspectiva de proceso y continuidad permite que la persona y su contexto vayan experimentando cambios de forma paulatina. De lo contrario, se dan pasos no graduados **con cambios muy drásticos** que son contraproducentes para el proceso y que dificultan la inserción.

“(...) pasas de tenerles sin darles ningún tipo de libertad ni autonomía a darles toda. Como híper-protegidos y dependientes a de repente...” [Profesional participante en grupo de discusión].

En relación al tema de la continuidad y el proceso, es importante destacar que no son pocas las demandas que, personas entrevistadas y profesionales, han realizado respecto a los **tiempos de duración de algunos tratamientos y los tiempos de estancia** en algunos recursos. Parece que las necesidades de las personas no se satisfacen con lo que ofrecen los recursos en este sentido. Probablemente, la crisis y los recortes estén influyendo notablemente en este aspecto, pero también el propio enfoque de los recursos que pudiendo disponer, como ya hemos visto, de una perspectiva más integral y de proceso, muchas veces no lo hacen.

Por un lado, se han recogido demandas respecto a los tiempos de duración de las diferentes fases del proceso y su organización. Un ejemplo, lo recibimos de profesionales del ámbito de empleo que cuestionaban la adecuación de derivar a una persona a empleo cuando, a veces, no llevan ni un mes sin consumir.

“Quiero decir cuando llegan al C, un mes de abstinencia eso es nada, ya te lo deriva para empleo. Entonces, claro, esa gente es que no está todavía como para buscar empleo y no puede asumir esa responsabilidad, ni gestión del dinero, ni gestión del tiempo, ni nada, porque acaban...están todavía en tratamiento. Nosotros sí que hacemos estudios de la abstinencia (...) que tienen esas personas cuando ingresan al C., es que es muy fuerte la cantidad de veces que es cero meses o un mes, es que es muy fuerte” [Profesional participante en grupo de discusión].



Por otro lado, se han recogido quejas respecto a los tiempos de duración de los tratamientos de desintoxicación.

“(...) porque creo que tenemos ahora 8 días para desintoxicarnos. ¡En 8 días, no puedes salir 8 días sin Metadona! Yo salí peor. ¿Cómo puedes salir en 8 días sin Metadona? eso no lo hicieron bien” [Mujer entrevistada].

Otra demanda muy frecuente en los discurso hace referencia a los tiempos destinados a la búsqueda de empleo.

“Todo el trabajo que hay que hacer para que la persona abandone un hábito como el consumo no se hace en seis meses, o como en los pisos de reinserción que tiene otros seis meses creo, ¿no? para búsqueda de empleo, pero ¿quién de nosotros se queda en el paro y en seis meses encuentra trabajo? Pues mucho más una persona que no ha trabajado nunca o que si trabajó fue de aprendiz de carnicero con 16 años y tiene 54. Entonces no se soluciona ni en 6 meses ni en 6 años” [Profesional participante en grupo de discusión].

También son frecuentes las quejas por el tiempo de duración de las estancias en los pisos de inserción. Es, en estos espacios, donde es posible comenzar un trabajo con aspectos del ámbito personal, relacional o económico sin embargo, el ajustado tiempo destinado a la estancia en estos pisos, no permite la intervención de profundidad que se requiere.

“Porque han sido 6 meses, 6 meses y a la calle yo sola, sin nada ni nadie que me echara un cable para nada, apáñatelas, te has desintoxicado, 6 meses de desintoxicación y un poco el cuerpo en su sitio y punto pelota, no te da tiempo a mucho más, recuperar algo de higiene, de alimentación y no mucho más, que te dejen sola en la calle es lo peor que te puede pasar” [Mujer entrevistada].

En estas circunstancias, trabajar aspectos como la relación familiar o el desarrollo de destrezas y habilidades se hace casi imposible.

“Y para relaciones familiares tampoco te da tiempo como a retomarlas en seis meses, como para volver con tu familia; Perdona, si es que hace nada venía dándome patadas en la puerta (...) Pero, claro, es que ahora no les da tiempo a que trabajen nada” [Profesional participante en grupo de discusión].

No deja de ser llamativo que si entendemos el proceso de rehabilitación e inserción social como un proceso de continuidad individual y único, el hecho de acotar las estancias en los recursos con tiempos máximos que, en general, son muy cortos, resulta algo incoherente con esta idea.

“Entonces saber que me iba a ir a un sitio donde 6 meses... y a los 6 meses por narices, fuera como fuera, estuviera cómo estuviera, me tenía que ir, era muy problemático” [Mujer entrevistada].

Algunas personas entrevistadas cuestionan abiertamente este tipo de recursos acotados a priori en tiempo y consideran que no habían facilitado o no estaban facilitando sus procesos de rehabilitación e inserción.

“Yo pienso que los recursos acotados, efectivamente, que los recursos acotados en tiempo, independientemente de cómo lo lleve la persona y del trabajo que esté haciendo es un error, un error tremendo. O sea, deben estar mucho más conectados, mucho más comunicados, mucho más al tanto del proceso de la persona como para no dejar sola a esa persona” [Mujer entrevistada].

Algunos profesionales plantean la necesidad de poner urgencias hospitalarias para poder dar respuesta a este momento mágico en el que deciden que abandonan el consumo. Es un momento especial en el que, si les haces esperar, puede ser fatal

“(…) han pensado, bueno, la desintoxicación hospitalaria, que hay dos camas, pues creo que lleva 2 o 3 meses esperando esa cama” [Profesional participante en grupo de discusión].



RED ASISTENCIAL CONECTADA Y COORDINADA

Ante la necesidad de atender a una población diversa con una situación de extrema exclusión determinada por multitud de factores, en España se ha tendido a abordar la intervención creando recursos específicos para esta población; desde recursos de vivienda, hasta recursos de formación y empleo o de atención socio-sanitaria y psicológica. El buen funcionamiento de estos recursos y su efectividad en el acompañamiento de los procesos de rehabilitación e inserción dependen, en gran medida, de una adecuada coordinación de los mismos. Una problemática integral, requiere de una acción integral y coordinada.

“Es que como está todo muy relacionado, lo que necesitamos es una coordinación de muchos y diversos recursos. No sé si una mesa específica de casos o qué, pero el caso es que hace falta coordinación” [Profesional participante en grupo de discusión].

Parece obvio que si los recursos no están conectados ni coordinados entre sí, la eficacia de las intervenciones disminuye y, por tanto las posibilidades de éxito de los procesos de rehabilitación. Tanto el personal técnico que trabaja en el sector como las personas con larga trayectoria de consumo, detectaran cierto grado de desconexión entre los recursos.

“Entonces también además de que pueda haber recursos, hay una falta de coordinación real muy importante, que quizá los recursos estén pero la coordinación es nefasta” [Profesional participante en grupo de discusión].

Cuando los recursos están conectados y coordinados entre sí, los resultados respecto al proceso de inserción y rehabilitación son muy alentadores. De hecho, en algunos lugares se está llevando a cabo con muy buenos resultados, como nos explica un profesional que participó en los grupos de discusión.

“Los datos son muy buenos. Tiene que ser desde desintoxicación directa a un centro. Yo los recojo en salud mental y me los llevo directamente al centro, no pisan calle” [Profesional participante en grupo de discusión].

En otras ocasiones, sin embargo, la falta de coordinación es de tal calado que hace que los recursos no se conozcan entre sí. Así lo describía una de las mujeres entrevistadas:

“Lo que te decía un poco, la falta de conexión entre las cosas, entre los recursos, es importante, muy importante. Yo cuando ahora he entrado en R. con la metadona tenía problemas, no dejaban entrar con metadona. Y, bueno, pues se pusieron en contacto con el CAID. Primero que al CAID yo le tuve que informar del recurso de R., no tenían ni idea, o sea el CAID sabe los recursos de drogas y para de contar, ¡Coño!, eres una trabajadora social, da otras perspectivas a la gente, infórmate un poco. Si yo lo sé, tú también lo puedes saber, además me lo negaba, yo decía: «Hay casas para mí sola». Ella decía: «Eso, eso no me lo creo». (...) delante de mí metiéndose en internet, lo vio, que si lo había. O sea yo no tengo que informar a una trabajadora social, la trabajadora social tiene que hacer su trabajo y estar continuamente en contacto” [Mujer entrevistada].

En otras ocasiones, nos encontramos con que la falta de coordinación y conexión entre los diferentes dispositivos de la red asistencial, provoca duplicación de recursos, desorientación y sensación de escasa profesionalidad y seriedad con sus circunstancias. Una de las mujeres entrevistadas hablaba sobre ello de esta manera:

“Entonces que esté yo en cuatro sitios que no haya conexión entre ninguno de ellos y que todos quieran hacer conmigo lo mismo, pero para qué el mismo proceso, ¿sabes? Facilitame otra cosa, otro paso más, no me estéis dando todos lo mismo que me estáis volviendo majara y no me da tiempo a hacer lo que tengo que estar haciendo, por ejemplo. Entonces me parece que hay falta de conexión entre la gente que está trabajando con las personas, los profesionales” [Mujer entrevistada].

Del mismo modo, los profesionales y las profesionales reconocen las dificultades, que han tenido en ocasiones, para determinar quién era la persona referente en un caso o si eran varias las que lo hacía.

“Muchas veces entre los recursos, lo liamos. En el sentido de la falta, vuelvo a insistir, en la falta de comunicación, la falta de coordinación. Tuvimos un tiempo que no sabíamos quien acompañaba si tú o yo o quién, no sé si se entiende” [Profesional participante en grupo de discusión].

La inadecuada coordinación entre los servicios de salud y servicios sociales aparece con frecuencia en los discursos de los y las profesionales. Los casos de personas que, tras pasar por un momento de desintoxicación, vuelven a quedar en calle, parece que no son pocos y han estado muy presentes en las entrevistas y grupos de discusión. A modo de ejemplo presentamos el siguiente:

“Por ejemplo hay una persona sin hogar que tiene un problema que está hasta arriba de... y puesto de todo, o tiene una patología mental. No, no, le dan el alta porque lo mandan aquí (al albergue) y hasta que se termine de curar, se van a la calle. O sea, si a ti te quedan tres días más, o tienes algún familiar que esté contigo, en lugar de estar donde tienes que estar, que es en el hospital, (...) pues nada, entonces ellos están encantadísimos con que exista el albergue. (...) y cuando necesitan algún sitio para los permisos en prisiones, al albergue también” [Profesional participante en grupo de discusión].

En este sentido, A. Ramírez de Arellano reconoce esta inadecuada coordinación y explica que las causas por las que se ha dado tienen relación con el hecho de que los servicios de drogodependencias no han terminado de integrarse completamente ni en los servicios sociales ni en los de salud. De hecho, durante algún tiempo, los servicios de drogodependencias estuvieron localizados junto a los servicios sociales en algunas comunidades autónomas (como en Andalucía que aún los mantiene así) y, posteriormente han ido sumándose a los sistemas de salud.



En la opinión de este autor, los recursos serían más eficaces si los servicios de drogodependencias se integraran dentro de salud mental, al tiempo que los servicios sociales se hicieran cargo de la incorporación social, particularmente en su vertiente comunitaria y los servicios de empleo se ocuparan de la inserción laboral. Si el sector se abordara de esta manera, la coordinación entre las tres áreas sería más fácil.

Además de las dificultades con la coordinación de recursos, los equipos de profesionales describen una tendencia general a reducir y parcelar cada vez más los recursos destinados a la intervención con población drogodependiente, **fortaleciendo especialmente los aspectos bio-médicos**. El fortalecimiento del tratamiento bio-médico de las adicciones tienen que ver con la estrategia llevada a cabo en los últimos años por la que “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” [Ramírez de Arellano, 20012]

“La visión de los tratamientos en los últimos años es más bio-sanitaria que social, entonces a nivel de recursos no solo es que se cierren los pisos, es que lo único que se ha mantenido, entre comillas, es la parte sanitaria. Se ha mantenido el número de médicos y tal, pero en los CAIDs, por ejemplo, (...) a nivel de recursos los trabajadores sociales son menos, los graduados sociales se han ido quitando. La parte social está cogida con pinzas, (...) entonces lo que haya por medio se obvia” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo creo que los recursos públicos están muy centrados en las sustancias, es decir, tú lo que no puedes es que vayas a un CTA y te vea un psicólogo cada tres meses” [Profesional participante en grupo de discusión].

Esta importancia que va cobrando lo bio-sanitario en las intervenciones y protocolos de atención a las personas con problemas de consumo de drogas, parece que ha llevado a obviar o relativizar los aspectos más sociales de los procesos de inclusión/exclusión que, como hemos visto, son muchos e imprescindibles en el proceso.

“Educadores sociales, yo creo que son una pieza básica con estos chicos, y no hay educadores sociales para trabajar con ellos, para hacer acompañamientos; a estos chicos les tienes que hacer una gestión y les supone un mundo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Del mismo modo, perciben que la atención prestada a los factores personales a través de recursos psicológicos y/o emocionales, es muy escasa y espaciada en el tiempo, por lo que no se están facilitando los procesos de rehabilitación e inclusión con tanta intensidad como sería deseable.

“yo creo que si tuvieran, por ejemplo en los CAID, más atención psicológica, más grupos, por ejemplo. Grupos como grupos de terapia o tal, en los que puedas compartir, aunque sea gente que lleva abstinento mucho tiempo. Se prioriza más a la gente que está saliendo o la gente que está con consumo activo más que a la gente que, a lo mejor, ya lleva un tiempo sin consumir. Yo creo que eso sería una buena opción, pues que le dieran más citas, por ejemplo, con la gente del CAID más que a lo mejor verles una vez al mes” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Veo las citas de los psicólogos... pero van... tienen una cita a veces bimensual, entonces ¿qué tipo de intervención de trabajo se puede realizar ahí, cuando estamos hablando de que hay que dar un salto de aquí a aquí y no hay nada?” [Profesional participante en grupo de discusión].

No son pocas las figuras profesionales que destacan la importancia de trabajar aspectos personales, como las motivaciones o las emociones, para lograr un proceso de rehabilitación e inserción exitoso, describiéndolo como uno de los pilares del proceso.

“Es que eso es lo que no puede ser, o sea recurso de motivación, un recurso público no puede ir una persona cada 3, cada 4 meses una al psicólogo, si es que eso es básico para tratar a estas personas, es que es uno de los pilares, aparte de que deja la sustancia, o sea ahí no hay recursos, a nivel público no se trabaja a nivel emocional” [Profesional participante en grupo de discusión].

Además, llaman la atención sobre la importancia de que se invierta en estas figuras sociales y de que no se haga a través de voluntariado.

“Yo creo que es una falta de recursos porque, por ejemplo, la necesidad de educadores, de entidades sociales para tener un vínculo, todo eso, aunque haya una gran carga de voluntariedad por parte del personal, tiene que tener un mínimo de dinero. Eso tiene que estar subvencionado de alguna manera y cuando los recursos económicos no llegan, no hay sitio donde la gente pueda acudir, no hay educadores en la calle que puedan..., porque no, porque la gente tiene que comer, no puede ser voluntario toda la vida, entonces yo sí veo una falta de recursos” [Profesional participante en grupo de discusión].

La falta de apoyo en los aspectos de tipo personal, lleva a las personas en procesos de rehabilitación e inserción a utilizar para este fin recursos que, de antemano, están pensados para otro.

“Yo no digo nada, claro, yo soy abogado, no sé qué hacer, porque digo: ¿tú qué problema jurídico tienes? No venía por un problema jurídico, venía a decirme estoy harto mi familia” [Profesional participante en grupo de discusión].

Cuando se reciben los apoyos psicológicos y sociales adecuados, el resultado en el proceso y el grado de satisfacción de las personas implicadas, es sobresaliente.



“Claro que sí, se necesitan apoyos y los he tenido con la psicóloga de mi centro (...) en mi centro perfecto, ha sido quien me ha sentado en la silla. El trabajador social también ha hecho un trabajo de maravilla. Hermanos” [Mujer entrevistada].

La tendencia a priorizar lo bio-sanitario en detrimento de lo social, sumado a la reducción y escasez de algunos dispositivos de apoyo, dibuja un panorama de intervención con ciertas deficiencias que desespera y preocupa a las personas que trabajan profesionalmente en este ámbito.

“Entonces hay que trabajar con ellos un poco las habilidades; bueno, no, un poco no, bastante las habilidades sociales y eso (...) los educadores que no están en los CAID, ya no están en pisos, no hay comunidades terapéuticas, o sea, es que no hay nada” [Profesional participante en grupo de discusión].

Además, tienen la sensación de que esta tendencia a obviar o relativizar algunos factores en detrimento de los factores bio-sanitarios va en aumento.

“Las perspectivas de futuro, yo creo que más sanitario, más sanitario, te doy la pastilla y ahí te las apañes” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las consecuencias, que esta falta de coordinación tienen sobre los procesos de rehabilitación e inserción, son muchas y variadas. En ciertas ocasiones, acarrea **problemas con el seguimiento individual** del proceso de inserción. Uno de los profesionales explicaba cómo esta desconexión entre recursos no le permite, muchas veces, conocer el momento del proceso en el que se encuentra la persona, ni cómo ha evolucionado a lo largo del tiempo.

“Claro, no hay coordinaciones porque ellos muchas veces están en un albergue, van al CAID, al centro donde van de tratamiento pero como... o sea, la coordinación no es tan cercana porque, a lo mejor, hay 300 personas. En el piso eran, a lo mejor 15, entonces sí que la coordinación era mucho mejor para saber en qué punto estaban. Ahora no sabemos en qué punto están, sabemos en el punto en que están en lo que nos cuentan o que vemos pero no, o sea, todo ese trabajo no está hecho (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

En otras ocasiones, la falta de coordinación entre recursos puede crear **periodos de tiempo sin atención**. Es el caso de una mujer que nos comentaba cómo, tras pasar por desintoxicación y acudir a la trabajadora social de su zona, y debido a problemas de tipo administrativo y burocrático, se quedó en la calle sin saber muy bien cómo continuar o qué hacer.

“Dificultad, que fui a la esa social, que tarda muchísimo, yo me vi que no tenía para nada, para nada, es que ni para comprar un paquete de compresas y no podía tampoco estar dependiendo de mis hijos. No tenía nada, todos los días, todos los días, sin nada. Iba a los sitios y ¿qué pasa? que yo, de estar en Salamanca, me exigían un año de estar empadronada aquí en Sevilla para las ayudas. Me vi cero, me empecé a agobiar porque vi que no tenía a nadie. Yo decía ¿y ahora qué? ahora estoy rehabilitada ¿y ahora qué? ¿y ahora qué hago? No puedes, para todo necesitaba...y yo no estaba empadronada en ningún sitio (...). Fui al centro de aquí, pero además de ir ahí, personas que no tienen domicilio ninguno, pues te empadronan allí. Pero yo me vi que me pidieron, hombre, que ahí, más que nada, es para las personas que estamos consumiendo drogas, entonces ahora ¿qué hago? Por favor ¿si es que los que realmente estamos mal no tenemos ayuda!” [Mujer entrevistada].

Del mismo modo, cada recurso tiene su propia normativa en relación a las temporadas de estancia y a los momentos de entrada y salida de los mismos. La falta de coordinación y comunicación entre los mismos, puede dar pie a estos vacíos entre un paso y otro del proceso, lo que supone un auténtico bache en el proceso de inserción.

“(...) A mí, si por hache o por be, después de un año T. me deja en la calle por 10 días que me faltan para entrar aquí... me hunde, me hunde porque para mí esos 10 días son terriblemente problemáticos. Porque es, o irme a casa de mi madre o a ver cómo me busco la vida, es plantearte cómo me busco la vida ahora, te tienes que buscar la vida, tienes que vivir, ¿vale? Entonces (...) yo dije por favor; y bueno, y luego B., la de R., se movió mogollón para que en cuanto hubiera una plaza... y me dejaron estar” [Mujer entrevistada].

La desconexión entre recursos y la consiguiente existencia de periodos sin atención ni seguimiento, puede tener consecuencias tan graves como el retorno al consumo, ya que no permite la lógica secuenciación de recursos, e incluso, solapamiento, que debería darse en un proceso de semejante complejidad y delicadeza.

“Ingresar en la comunidad y, a lo mejor, me voy a una comunidad y me pego 7 o 8 meses y después, cuando salga allí, pues me veo otra vez sin trabajo, sin nada, sin ningún sitio donde cobijarme, no sé. Entonces, es lo que pasa, que me refugio otra vez en el mundo de la droga” [Hombre entrevistado].

“Entonces 6 meses y que te dejan en la calle. Es lo peor que te puede pasar, que es cómo funcionan la mayoría de los recursos hoy día. Entonces un recurso que te da la mano ahora, pero al día siguiente te deja solo es darte la hostia, o sea, los recursos tienen que ser paulatinos” [Mujer entrevistada].

Esta circunstancia denota una **carencia de recursos intermedios** muy vinculados a lo residencial lo económico.



Es probable también que estos casos pudieran haber sido abordados desde **dispositivos de emergencia**, pero en el ámbito de las drogodependencias no existen este tipo de recursos. Uno de los profesionales llamaba la atención sobre la necesidad y falta de los mismos.

“Una emergencia psiquiátrica puede ser una cosa, pero es que no se contempla una urgencia en drogodependencias” [Profesional participante en grupo de discusión].

El tema de la descoordinación y la carencia de comunicación, se agravan cuando la distancia geográfica entre los recursos es amplia, ya que aumenta la desconexión entre profesionales y obliga a las personas a recorrer grandes distancias para atender todos los ámbitos de su proceso.

“Sí, pasas de, por ejemplo a un chaval, cambia de un CAID, va para el piso de Las Tablas, el piso de Las Tablas está en Las Tablas, el CAID que te corresponde es el CAID Sur, pero es que las citas en el otro lado, luego encuentras un trabajo que está en Majadahonda, al otro lado, y luego tienes que llegar de trabajar y hacer tus cosas de las responsabilidades del piso, las terapias, el trabajo, o sea...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Las consecuencias negativas de la desconexión geográfica son mayores en las ciudades y municipios grandes.

“Quería diferenciar entre nosotros que trabajamos en Madrid, en Comunidad y en las localidades que, por ejemplo, yo en mi caso que trabajo en Alcalá de Henares, sí que veo que estos perfiles se desenvuelven mejor en un sitio pequeño” [Profesional participante en grupo de discusión].

En cierto sentido, parece que los procesos de inserción en lugares pequeños son más fáciles y probables.

“Hay más inserciones, yo veo que está como mejor apoyados. Dentro de lo que es la red sí que lo veo más, mira que en Parla están fatal ahora mismo pero, aun así, incluso allí yo noto que están como más acogidos, o sea, que están como, no sé, yo lo veo diferente a los que atiendo aquí en Madrid, o sea, aquí está todo como más disperso, sin embargo allí como que todo se lo conocen. También la cercanía, que pueden ir a los sitios andando, que dentro de la misma localidad pues los que no tengan dinero para el transporte sí que..., y yo, por ejemplo, veo que están como..., yo voy allí y atiendo a la gente y está como de mejor humor, en general; sí, es verdad” [Profesional participante en grupo de discusión].

La desconexión entre recursos, la carencia o escasa coordinación, la falta de comunicación o la enorme distancia geográfica entre los mismos, dibujan un panorama de inserción, a veces deslavazado, que rompe con la idea de integralidad que tiene el propio proceso de inclusión.

Mejorar los recursos en este sentido, para apoyar y facilitar procesos de rehabilitación en inserción social positivos desde una perspectiva integral, se convierte en un reto para el sector de las drogodependencias, cuya consecución es compleja y difícil. Una mujer que describía su proceso de 16 meses de rehabilitación e inserción, nos mostraba la importancia de la lógica secuenciación de recursos para el éxito.

Pero esta vez me ingresé en S., dos meses para desintoxicación porque ya tenía pánico. Y lo dejé, me ayudó muchísimo, fue muy acertado, me gusta mucho el programa que llevan y estoy muy contenta. Y luego hacía cuatro meses del centro de día, pero esos cuatro meses ya estuve viviendo en el piso de T., pero seguía yendo al centro de día en S., en total eran 6 meses: dos ingresada y cuatro fuera de la clínica. Estaba ya en el piso de T. y en el piso de T. me he tirado después... pues contando esos cuatro meses, trece meses, y luego ya ha sido irme a R.” [Mujer entrevistada].

El logro de este reto, lleva a procesos de rehabilitación e inserción, tan positivos y satisfactorios como nos comentaban esta persona consultada a través de entrevista:

“Y luego la gente, que siempre hace seguimiento para ver cómo lo llevas y tal, que están un poco pendientes, que no te dejan ahí, si te adaptas, si no, y también cosas esas, apoyo en todos los aspectos, bien psicológico, médicos, también de trabajadora social aconsejando «pues mira tendría que ir a hacer esto, tal cual». Es un primer contacto que, a lo mejor, es como te enteras si ha salido y tal. Ahora yo me voy situando un poco y ver dónde puedes mirar y tal, si hay ayudas, si hay cosas, si no sé qué...” [Hombre entrevistado].

RED ASISTENCIAL CON CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN

En este largo y complicado camino, muchos y muchas profesionales consideran imprescindible que los recursos estén adaptados a las peculiaridades y circunstancias de cada una de las personas que se encuentran en procesos de rehabilitación e inserción.

“Y el tratamiento que sea individualizado, yo creo que también es importante, que se pueda individualizar el tratamiento, es decir, que no todo el mundo necesita lo mismo, no tiene las mismas carencias, cada uno está en un momento determinado, entonces yo me acuerdo también eso, que en el piso valorábamos según los objetivos a corto plazo, a medio plazo y largo plazo cuánto tiempo iba a necesitar cada persona. Había gente que necesitaba tres meses y había gente que necesitaba trece meses, o sea que eso también, y eso tampoco se hace ahora, yo creo que eso sería otra cosa también buena” [Profesional participante en grupo de discusión].

Cuando los recursos están en disposición de dar respuesta a las necesidades y especificidades de cada persona en función de su punto de partida, su momento personal y su propia valoración de sí misma y sus capacidades, es posible desarrollar procesos de inclusión en los que la persona está más segura y empoderada respecto a su propia trayectoria. Una mujer entrevistada, nos lo muestra al hablar de la posibilidad que tuvo de tomar decisiones sobre el recurso a utilizar en un momento de su propio proceso.



“He optado a R., me daban dos o tres alternativas, incluso puede ser que mejor o más apetecible porque era una casa para mí sola o una casa sin supervisión ninguna. Como yo salgo de una casa con mucha normativa y con mucha supervisión, me daba miedo. Quiero hacer las cosas despacito, lentamente y muy afianzadas, entonces he preferido que es un poco supervisado, sobre todo por el tema económico. Entonces pues preferí eso, que estuviera supervisado y que un pequeño control tuviera. No es mucho pero es una vez a la semana que hablo con ellos, hago la compra y luego hay una persona que siempre está ahí al otro lado del teléfono, entonces me ayuda, me da seguridad” [Mujer entrevistada].

Adaptar los recursos para que respeten los procesos individuales de cada una de las personas que acuden a tratamiento, supondría contar con unos recursos muy abiertos y complejos. Muchas personas consultadas a través de los grupos de profesionales, plantean la posibilidad de diseñar y poner en marcha esos recursos abiertos y flexibles, que no son más que **recursos integrales** que tratan de dar respuesta al proceso en su globalidad, teniendo en cuenta sino todos, muchos de los ámbitos a la vez, y de forma gradual.

“Recursos súper abiertos para que, dependiendo del momento en el que está esa persona y de lo que necesite esa persona, adaptar un programa a esa persona. Como lo que decía la persona de la que hemos hablado antes: un piso, un apartamentillo, para ir de vez en cuando y tener su comida, su bebida y un poquito de dinero en el bolsillo para su ocio (...)” [Profesional participante en grupo de discusión].

Se trataría de un recurso donde, tras un diagnóstico integral, se diseñaría un itinerario personal de rehabilitación e inserción en coordinación con la propia persona afectada que podría comenzar por diferentes aspectos del proceso, en función de las características y situación de la persona y su entorno. Así, algunos procesos podrían iniciarse con la vivienda, otros con la desintoxicación u otros con lo relacional, y continuar el proceso abordando diferentes factores en función de las necesidades y la evolución de la persona.

Cabe destacar que, al hablar de recursos integrales y de tener en cuenta las circunstancias de cada persona en los procesos de rehabilitación y reinserción social, atender a los condicionantes de género que influyen en la persona y su problemática, se convierte en una indiscutible premisa para lograrlo. Así, introducir la **perspectiva de género** en los diagnósticos, análisis, tratamientos y evaluaciones, es una premisa fundamental para la obtención de buenos resultados en la intervención.

El discurso de una mujer entrevistada que había pasado por diversos intentos de rehabilitación y que actualmente estaba en un momento de consumo, dejaba entrever su deseo de dar con un lugar donde, una vez que hubiera tomado la decisión de abandonar el consumo e iniciar el largo camino de la inserción social, recibir el apoyo necesario de una forma integral y rápida.

“Ya, ya ¿Dónde, dónde acudo? ¿Dónde voy? que no quiero, que no quiero seguir con la droga, que no quiero, que paso de este mundo... pero ¿cómo? No tengo a nadie que venga... no hay sitios que yo diga: «¡venga!» Que no ves que vayas a un sitio y bueno: «¡ya no quiero consumir más! ¡Pues venga!.. pero ya» (...) Porque yo ahora mismo estoy de quitarme del mundo de la droga, que tuviera un sitio donde entrar, donde ahí tuviéramos seguimiento de las personas, que me hicieran analítica todos los días, lo que sea, eso es lo que me hace falta ahora mismo, porque yo así no sé dónde ir, no sé dónde ir” [Mujer entrevistada].

Los motivos por los que plantean un recurso integral son diversos. Por un lado, tienen la certeza de que la mayoría de las personas drogodependientes se pasan la vida saltando de un recurso a otro, hasta que dan con el adecuado, en el momento adecuado.

“O sea aparte de que me he recorrido tropecientos recursos sociales a lo largo de 25 años de consumo, han sido muchísimos años. Entonces, bueno, pues he recorrido todo: comunidades, pisos de C., pisos de no sé qué, L., o sea mogollón” [Mujer entrevistada].

“Cuando ya una persona de esas edad recurre a un centro de rehabilitación es que ya ha tocado todo y ya están allí” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por otro lado, los recursos integrales podrían ser una respuesta global a la necesidad de adaptación de los recursos, evitando situaciones de desorientación, pérdida de motivación y frustración como las que nos describen en los siguientes discursos:

“Ya ha pasado el tiempo y no encuentro un trabajo, estoy en un piso, me ponen una fecha tope, me tengo que ir; llegan a verbalizar, yo voy a consumir otra vez para volver a recuperar una plaza de un piso” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Entonces, muchas veces al final yo lo que veo es que se frustran, o sea, que al final es más negativo que positivo en alguno, porque les derivan a orientación laboral, cuando les cuentas un poco cómo está el percal y ellos mismos se dan cuenta, pues al final se frustran y al final el objetivo, vale, se ha conseguido que esté ocupado durante las mañanas pero no ha servido, pero no se ha trabajado realmente a nivel personal lo que a él le ocurre para que esté en esa situación de consumo” [Profesional participante en grupo de discusión].

Un recurso integral permitiría trabajar varios ámbitos a la vez de una forma coordinada y organizada, respetando el proceso individual de cada persona, sus necesidades y sus circunstancias.

“Cuando no es una cosa es otra y (...) tiene que encontrar trabajo pero por urgencia, porque no tienen para vivir pero al mismo tiempo es que no tienen la cualificación, no solo para el empleo (...) el peligro que habría de que recaiga (...) habría que montar un itinerario para que pueda emplearse, formarse, conseguir su casa (...) es que no lo hay” [Profesional participante en grupo de discusión].



No faltan profesionales que consideren que, a pesar de que son recursos inexistentes y necesarios, requerirían de un espacio físico y equipo multidisciplinar cuya inversión económica sería muy costosa y que, hoy por hoy, no se está en disposición de hacer tal cosa.

“Entonces eso al final ¿qué es?, es un recurso súper abierto, con montón de profesionales por cada usuario, con montón de formación para que cada usuario pueda hacer una formación, con itinerarios formativos, laborales,... Eso al final no existe y eso al final ¿qué es? Dinero y recursos, y en drogas hay cada vez menos” [Profesional participante en grupo de discusión].

La falta y reducción de inversión en estos temas, que ya hemos comentado anteriormente, se vive como un retroceso por parte de muchas personas que se dedican profesionalmente a este sector, ya que algunos de estos recursos que ahora se solicitan ya existían y se han retirando recientemente.

“Eso existía, a eso me refiero cuando digo que estamos involucionando. Ahora solo queda uno en Barcelona y Chin Pun (habla de las narcosalas)” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Yo creo que han sido los pisos(...) pues eso, pisos de reinserción, o sea yo que he trabajado en ellos sí que veía que el trabajo era como muy, o sea que se podía trabajar muy bien individualmente y sabías un poco en qué momento estaba cada uno” [Profesional participante en grupo de discusión].

A pesar de esta continua demanda de adaptación de los recursos a las necesidades de las personas y sus procesos, parece que la forma en la que se han abordado los tratamientos para personas con problemas de consumo ha tendido a generar **protocolos muy cerrados y estandarizados** que hacen que sea la persona la que se adapte a las necesidades (o perfiles) de los recursos y no al revés.

“Es que es una problemática tan extensa y tan difícil que abarca tema social y a lo que se tiende es, en lugar a individualizar, a generalizar: Todos los que tengan consumo de tal vamos a hacer tal. Pero es que a lo mejor fulanito necesita otra cosa distinta” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Siempre estamos hablando, llevamos muchos años hablando de casos individualizados, de cada caso es una persona distinta, pero al final la realidad que es todos tienen que pasar por lo mismo, sean personas distintas o no” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Aunque tenga un sitio donde dormir el problema va a ser el mismo: que rebotan de los recursos porque no es todo accesible a este tipo de personas. Recursos de empleo hay, recursos de salud hay, recursos educativos de formación a lo mejor pero...ellos rebotan” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Hay dos problemas principales: una falta de recursos muy importante y la creación de recursos que no responden a una realidad sino responden a la necesidad (..), es decir, que hacemos que la persona encaje en los recursos en vez de un recurso que encaje a esa persona” [Profesional participante en grupo de discusión].

Esto es especialmente destacable **en el caso de las mujeres**, pues al considerarse que su representatividad en la población consumidora de larga trayectoria es poca, se tiende a diseñar los espacios y protocolos de intervención sin tener en cuenta sus especificidades y peculiaridades dificultando, en primer lugar, su acceso a la red de recursos asistenciales. En muchas ocasiones, ni siquiera existe el recurso para ellas, como es el caso de algunas comunidades terapéuticas que son exclusivas de hombres.

“El primer problema de las mujeres en los centros de inserción, son problemas de acceso a centros de rehabilitación” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Pero es que por ejemplo en mujeres...Tomelloso puedes esperar plaza 6 meses, 7 meses, 8 meses o Guadalajara” [Profesional participante en grupo de discusión].

Hay quien añade que las diferencias, entre hombres y mujeres, en el acceso a los recursos asistenciales sobre drogas, están relacionadas con el hecho de que ellas tienden a solicitar apoyos con más frecuencia desde la red socio-sanitaria y no tanto desde la red social.

“Yo por ejemplo diferenciaría un poco entre lo que es la parte más de medicina y social, porque a temas de salud sí que vienen muchas más mujeres, a lo mejor, sí que nosotros no nos encontramos tanto con mujeres porque, sí que si nos encontramos con algún problema, pero la idea es ir al médico y no, por ejemplo, al trabajador social. Creo yo, no lo sé” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Pero sí que es verdad que como muestran muchos estudios y tal, sí las mujeres van, sobre todo, a través del sistema de salud, van a su médico, van a las unidades de salud mental y yo creo que sí que el foco de mujeres sí que está ahí, no solo alcohol, va asociado al tema de pastillas y tal” [Profesional participante en grupo de discusión].

El hecho de que los recursos sean tan protocolizados los transforma en poco accesibles en general, sobre todo en lo que tiene que ver con los **perfiles de acceso** a los mismos o con las normas que se establecen dentro de los centros. Una mujer entrevistada, explicaba cómo la normativa de un centro de apoyo a drogodependientes, al establecer la prohibición de consumir, no respeta el propio proceso de rehabilitación en el que las recaídas son parte del mismo.

“Aparte una recaída puntual (...), por ejemplo, las recaídas forman parte, forman parte de una rehabilitación de un toxicómano, entonces tienes que contar con ello. No puedes pretender dejar a una persona consumiendo en un recurso porque no, pero tampoco una recaída puntual puede ponerte de patitas en la calle, o sea no me parece justo, son cosas que te condenan directamente, te condenan directamente otra vez al mundo, o sea de la droga” [Mujer entrevistada].



Otra mujer entrevistada que se encontraba en proceso de rehabilitación, destacaba la diversidad que existe dentro de este colectivo y la importancia de adaptar los recursos y de encontrar opciones que te permitan escoger el camino que más se adecue a tu proceso. Ponía como ejemplo su experiencia y opinión en relación a las comunidades terapéuticas.

“Pienso que hay mucha gente que está en pisos como los que he estado yo y necesita pisos mucho más restrictivos. Entonces depende del proceso de cada uno y dónde esté cada uno (...) Yo las comunidades terapéuticas no estoy a favor de ellas, a gente le habrá servido como sirve P. para otra gente, como sirve R. Yo estoy en contra de ese tipo de instituciones, pero hay gente que le sirve y mientras le sirva a alguien bienvenido sea porque que te sirve para salir de la droga es mucho, es mucho” [Mujer entrevistada].

Parece claro 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” [Ramírez de Arellano, 2012].

Abordar la red asistencial de recursos mejorando su capacidad de adaptación a las peculiaridades y necesidades de cada persona, implica tener en cuenta las circunstancias vitales que acompañan a cada persona en cada momento. En este sentido, reconocer que en sus vidas pueden existir **parejas, familiares, hijos e hijas o, incluso, mascotas** con los que la persona ha establecido un vínculo, nos lleva a aceptar que el bienestar de los mismos se convierte en un aspecto fundamental para la persona y su proceso. Una de las profesionales consultadas lo explicaba de la siguiente manera:

“Para mí un hándicap muy importante en la recuperación y la ayuda a estas personas porque no aceptamos ni las relaciones de pareja ni las mascotas. No hay parejas ni hay recursos para personas con mascotas, teniendo en cuenta que tanto la pareja como la mascota es muy importante para la persona, pues eso aquí no se contempla en ningún sitio” [Profesional participante en grupo de discusión].

Como nos comentaba una persona de los grupos de discusión, el hecho de que los recursos no contemplen la existencia de estas peculiaridades vinculadas a las mascotas puede llevar incluso a que las personas rehúsen utilizar el recurso.

“En la calle te encuentras mucha gente así, viviendo en la calle, en el psicosocial empecé yo a trabajar hace muchos años y eran gente que tenían sus mascotas, dice: En Madrid y en el norte, he estado en Europa había albergues donde yo podía entrar con mi perro pero aquí no me dejan y prefiero estar en la calle. Era un día de estos malos y fríos y agua” [Profesional participante en grupo de discusión].

Independiente de la opinión particular que tengamos sobre estos vínculos con las mascotas, la realidad es que muchas personas los tienen y un recurso con capacidad de adaptación debería contemplar la existencia de esta realidad para manejarla de la forma más eficiente y respetuosa con la persona y su proceso.

“El tema de los animales a mí me preocupa mucho porque además la gente ve una relación de familia, o sea que quieren de verdad a ese perro como... Es que llevan años” [Profesional participante en grupo de discusión].

Más llamativa es la casi inexistencia de recursos que contemplen la posibilidad de que niños y niñas cohabiten con su madre o padre mientras está en el proceso de rehabilitación e inserción. Este hecho, afecta especialmente a las mujeres que continúan siendo las que se encargan, en mayor medida, de los hijos e hijas.

Además, el hecho de que el proceso de rehabilitación se conciba sin la presencia de familiares y aislados del entorno cercano (es el caso de las comunidades terapéuticas), hace que muchas mujeres se resistan a solicitar ayuda e iniciar un proceso de rehabilitación. En primer lugar, porque les supone reconocer la problemática y enfrentarse a una intervención de servicios sociales y a una, muy probable, retirada de tutela. En segundo lugar, porque les obliga a estar lejos de sus hijos e hijas u otros familiares y dejar de cuidarles. Ambos hechos, están muy penados socialmente para las mujeres, por lo que mostrarán resistencia a pasar por ellos.

La capacidad de adaptación está relacionada, también, con entender y asumir que los procesos de inserción de cada persona pueden ser muy diferentes, al igual que **los momentos y los modos de abandonar el consumo**. Una profesional del sector, haciendo autocrítica, explicaba cómo insisten en el abandono del consumo como primer paso y explicitaba sus dudas sobre si esto no provoca una saturación y un desgaste de los recursos y la propia persona.

“(...) nos empeñamos en que deje de consumir, en que tiene que dejar de consumir y constantemente estamos derivándole a UCA, derivándole a recursos, que establezca contactos, que haga no sé qué, que vaya a no sé qué. Algunas veces es un error porque quemamos los recursos, o sea, algunos de nuestros usuarios están de la UCA hasta hasta hasta... Yo creo que tenemos que ser capaces de acertar con el momento para que pueda aprovecharlos, no sé si me entendéis...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por otro lado, parece frecuente que cuando se encuentran en un momento decisivo de abandono, los recursos no estén disponibles y los tiempos de espera se alarguen demasiado interrumpiendo el proceso de rehabilitación y inserción social.

“(...) también hay otros que dicen yo quiero salir de esto y entonces los recursos no están tan disponibles” [Profesional participante en grupo de discusión].



“(...) que me han dicho que tardan 5 meses, hasta 1 año, madre mía, que me voy a morir en ese tiempo y yo es que tengo ganas de vivir, yo tengo ganas de vivir, de verdad, que tengo ganas de ser libre otra vez, porque yo ya he sentido esto, de estar libre, de ser libre, porque esto no hace falta estar en la cárcel, no hace falta estar presa...” [Mujer entrevistada].

De nuevo, aparece la creación de recursos de emergencia como respuesta a una demanda.

“Claro, es que eso es un problemón. Es que es verdad que hace falta un recurso urgente, a lo mejor (...) pero que se te vaya la persona, pues es cuestión de una semana o de un día y no tienes ese recurso” [Profesional participante en grupo de discusión].

Un aspecto que merma la capacidad de adaptación de los recursos existentes, es el hecho de que la mayoría están diseñados desde la perspectiva del abandono del consumo que, entendiendo que es un paso imprescindible para un proceso de inserción positivo, no se da, ni tiene por qué darse, como primer paso del proceso. En este sentido, un profesional de los grupos de discusión planteaba la posibilidad de contar con un recurso que combinara la desintoxicación con el apoyo residencial de estancia media-larga, incluso la reducción de daños con la ayuda residencial.

“(...) pero personas que a lo mejor han estado seis meses, es que lo que necesitan es normalizar su vida, que necesitan un piso y necesitan un sitio que sea suyo, un espacio que sea propio. Y lo que hace falta creo yo es (...) un pequeño proceso de seis meses de comunidad terapéutica (...) poder tener tu espacio, no meterte en un albergue, que tenga su casa, que cuida a las personas en casa, pero que también tú vivas como tú quieras vivir, es decir, (...) la reducción del daño, pero que tenga su casa, que no tenga que estar en la calle, que tenga un aseo mínimo, que tenga comida, es que a lo mejor hay que buscar esa parte” [Profesional participante en grupo de discusión].

En esta misma línea, y como hemos visto en el bloque de factores residenciales, otra profesional comentaba la estrategia Housing first, que plantea la obtención de la vivienda como un primer paso del proceso de inserción social.

El hecho de que la mayor parte de los recursos estén orientados desde la perspectiva del abandono del consumo, deja una amplia gama de recursos a los que las personas que aún están en consumo no pueden optar. Muchos/as profesionales que han colaborado en el estudio se planteaban qué hacer en estos casos.

“Es que lo tenemos que asumir. ¿Cómo trabajamos con la persona que dice: Mira, yo no quiero dejar de consumir? Y a veces te lo dicen claramente: No voy a dejar de consumir. Entonces ¿cómo ayudamos a esa persona a que su vida se deteriore lo menos posible y que tenga la vida más digna posible? Eso sí que se puede conseguir” [Profesional participante en grupo de discusión].

Existen los programas de reducción de daño. Sin embargo, se trataría de dar un paso más allá y de mejorar la calidad de vida de una forma integral, además de mantener la posibilidad de abandonar el consumo como paso imprescindible para una ciudadanía plena.

“¿Cuántas veces hemos hablado nosotros de decir con este reducción de daños, no se puede hacer más, dentro de prisión, si consume equis que consuma menos?” [Profesional participante en grupo de discusión].

“Pero no solo eso, es que también tenemos que asumir que hay gente que no va a conseguir acabar el proceso. Que no va a terminar entonces por eso es... Pero es que ese recurso no existe; bueno (...) para personas que no van a acabar nunca los procesos. Está sólo reducción de daños pero...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Además, aunque se de un abandono del consumo, muchas veces se mantienen en programas de metadona durante años. El uso de la metadona de forma continuada tiene graves consecuencias en el estado de salud de la persona, lo que añade nuevas peculiaridades a este perfil de población.

“Que muchas veces lo que hace es que eterniza la exclusión, la metadona tiene ese problema y tú dices que la persona a lo mejor lleva toda la vida pero que tú se lo planteas y dices: Bueno, es verdad, yo llevo 8 años sin consumir, ¿Por qué sigues con metadona? Va a afectar a tu capacidad cardiopulmonar, tu capacidad cognitiva, tu memoria” [Profesional participante en grupo de discusión].

Por este motivo, algunos y algunas profesionales apuestan por la creación de nuevos recursos para esta población cuyas necesidades no están cubiertas.

“(...) y no consiste en dejarlos en la calle hasta que lleguen a los 65 y en la residencia de turno. Podría ser en centros de muy baja exigencia, residencias... No temporales, no cuatro días, ahora me quedo o seis días” [Profesional participante en grupo de discusión].

En opinión de las personas consultadas que colaboran como profesionales en este sector, el recurso no existe, y ven complicado y poco probable que se cree.

“Yo precisamente lo que planteo es ¿qué hacemos con la gente que no quiere dejar de consumir, qué hacemos con esa gente? El recurso físico no existe y políticamente no es correcto, adecuado” [Profesional participante en grupo de discusión].



Diseñar un recurso de estas características, podría generar algunas dificultades que una de las profesionales describía de esta forma:

“Porque un recurso residencial es un albergue y no creo que con otro albergue soluciones nada, entonces vivienda normalizada, una vivienda normalizada en un ambiente normalizado, tampoco guetos, tampoco de todas, venga, en esta parte del Polígono Norte vamos a hacer, sino...” [Profesional participante en grupo de discusión].

Independientemente de que exista el recurso, la realidad y la demanda si existe, por lo que los equipos de intervención responden como pueden a esta realidad social, en muchas ocasiones, derivándoles a otros recursos sabiendo no es el momento más acertado para acudir al mismo (albergues, centros de día, centros de rehabilitación,...).

“Lo que tenemos muy claro es que hace falta ese recurso, pero como no lo hay lo enviamos a otros y...” [Profesional participante en grupo de discusión].

CONCLUSIONES

Tal y como planteábamos en nuestra hipótesis inicial, la población mayor de 45 años con larga trayectoria de consumo problemático de drogas, sufre una situación de extrema exclusión social que se pone de manifiesto en diferentes ámbitos sociales.

El estudio llevado a cabo retrata un colectivo que, dado su historial de consumo y las circunstancias que rodean al mismo, manifiesta importantes dificultades socio-sanitarias, una falta de acceso a la vivienda, el empleo y la formación, unas redes sociales y familiares inexistentes o muy deterioradas y unas barreras personales que impiden una plena participación en derechos y obligaciones.

El complejo entramado de factores de exclusión que caracteriza a las personas drogodependientes cronicadas, da lugar a una situación de intensa vulnerabilidad social. Si no se pone remedio, la situación de estas personas en un futuro próximo tiende a ser más deteriorada y de mayor precariedad si cabe, por lo que parece indiscutible la urgencia y necesidad de intervenir en este campo.

Abordar esta problemática, tratando de responder a las múltiples necesidades de esta población, obliga a poner en marcha acciones, estrategias y políticas que incidan en la realidad concreta de estas personas, al mismo tiempo que en las propias estructuras de la sociedad, de forma que tendamos a hacer desaparecer estas desigualdades.

Las medidas a poner en marcha de forma más inmediata, deberían fomentar una mayor coordinación y mejora de los recursos ya existentes, de manera que logremos una intervención más integral, que aborde todas y cada una de las dimensiones de esta situación de una forma organizada, especialmente entre las áreas de salud mental y servicios sociales.

Además, y dado que la exclusión tiene un carácter estructural, estas medidas no sólo han de suponer dirigir intervenciones y ayudas hacia a estas personas concretas (de la forma más adaptada a las peculiaridades posible), sino que también implicará poner en marcha estrategias de cambio profundo de la sociedad.

“(…) las acciones de respuesta deberían tender hacia procesos de prevención, inserción y promoción, fortaleciendo y restableciendo vínculos laborales, sociales, familiares y comunitarios. Es evidente asimismo que si lo que queremos es reforzar la autonomía de las personas, las políticas públicas deben tender a incorporar procesos e instrumentos de participación, de activación de roles personales y comunitarios, y de fortalecimiento del capital humano y social” [Subirats y otros/as, 2004].

Conclusiones

Esta realidad de extrema vulnerabilidad social, que impide el pleno ejercicio de la ciudadanía, afecta a hombres y a mujeres aunque de diferente manera, lo que nos obliga a aceptar que, como en cualquier otro ámbito social, los condicionantes de género juegan un papel primordial en esta situación, haciéndola más discriminatoria para las mujeres que se encuentran en esta situación. Cualquier estrategia, política y acción que se ponga en marcha para mejorar las condiciones de vida y oportunidades de estas personas, deberá hacerse desde la perspectiva de género con el fin de que sea realmente eficaces.



BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera Cabrea, Pedro José (2007). Exclusión social: Contextos para un concepto. Revista de Treball Social nº 180. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Castaño Ruiz, V. (2014). Diferencias en la percepción de consumo recreativo de drogas entre chicos y chicas jóvenes. Un análisis de la perspectiva de género. Fundación Atenea.
- Comas Arnau, Domingo (1990) Las drogas en la sociedad española. Giner, S. (Coord) España: Sociedad y política. Madrid: Espasa Calpe.
- Farapi, s.l. (2009). Género y drogas. Emakunde.
- García Calvente, M^a Mar (Editora) y otras (2013). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Granada. Serie Monografías de la Escuela Andaluza de salud pública nº 48. Consejería de Salud.
- Hernández Pedreño, Manuel (coord.) y otros/as (2008). Exclusión social y desigualdad. Murcia: Universidad de Murcia.
- Jiménez Ramírez, Magdalena. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e Imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. Estudios Pedagógicos XXXIV, Nº 1: 173-186.
- Jiménez Rodrigo, María Luisa and Guzmán Ordaz, Raquel(2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. Oñati Socio-Legal Series, Vol. 2, No. 6.
- Martínez Redondo, Patricia (2008). Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Salamanca: Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias)
- Mosteiro Ramírez, Carmen y Rodríguez Pérez, Mercedes (2005). Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid.
- Ramírez de Arellano, Alfonso (2012). Coaching para adictos: Integración y exclusión social. Madrid: Fundación atenea.
- Romo Avilés, Nuria (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Monografías Humanitas 5: 65-83.

- Tezanos, José Félix (1999). Desigualdad y exclusión social en las sociedades tecnológicas. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales Nº 35: 35-53.
- Tezanos, José Félix (2008). Exclusión social, democracia y ciudadanía económica: La libertad de los iguales. Revista del ministerio de trabajo e inmigración 75.
- Tezanos, José Félix (1999). Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales. Madrid: Editorial Sistema.
- Subirats, Joan (dir.) y otros/as (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona: Fundación “La Caixa”.





Fundación Atenea

Con la financiación de:

