

Grado en Trabajo Social



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO

**DIFICULTADES DE LA INCORPORACIÓN A
LA VIDA SOCIAL Y LABORAL DE LAS
PERSONAS DROGODEPENDIENTES EN
CASTILLA Y LEÓN**

AUTORA: Dña. María Burgos Castreño

TUTOR: Dña. María Elena del Barrio García

4º CURSO

CURSO ACADÉMICO: 2016 – 2017

FECHA DE ENTREGA: 11 de julio de 2017

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	3
2.INTRODUCCIÓN	5
2.1. Objetivos	9
2.2. Metodología.....	10
2.3. Marco normativo	11
2.4. Marco teórico.....	17
2.4.1. Factores que intervienen	21
2.4.2. Motivaciones	23
2.4.3. Visión social de la drogodependencia.....	24
2.4.4. Significado de la exclusión social	25
3.LA INSERCIÓN LABORAL: ELEMENTO CLAVE DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL	26
3.1. Dimensión social del empleo	29
4. MODELO DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE CASTILLA Y LEÓN	30
4.1Destinatarios de los procesos de integración.....	32
4.2. Indicadores o estándares de inserción social	34
4.3. Dimensiones de los programas de integración	35
4.4. Requisitos para un programa de inserción sociolaboral	
5. FACTORES A TENER EN CUENTA EN UN PROGRAMA DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL	39
5.1. Variable género.....	42
6. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL.....	44
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS ALTERNATIVAS	46
8. BIBLIOGRAFÍA	50

1. RESUMEN

En la actualidad, el empleo es uno de los mecanismos de inclusión social más importante. Una situación de desempleo o de precariedad laboral puede suponer una reducción o pérdida de redes de protección social y una serie de problemas económicos y psicosociales que pueden afectar al individuo y a su entorno en diferentes niveles de gravedad. Las personas drogodependientes forman parte de uno de los colectivos con mayores dificultades para su integración sociolaboral por múltiples causas, provocando que se queden fuera del sistema y produciéndose un círculo del cual es difícil escapar, cuanto más tiempo esta fuera más difícil es integrarse de nuevo. La incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogodependencia depende tanto de factores internos como externos. Existen programas de inserción sociolaboral, que no consiguen en un gran número de casos, su objetivo. El planteamiento de este trabajo es conocer las causas principales que dificultan el proceso de integración sociolaboral de las personas drogodependientes rehabilitadas, los factores que pueden favorecer el proceso y las especificidades que presenta este colectivo para su inserción sociolaboral.

Palabras clave

Inserción sociolaboral, empleo y drogodependientes.

ABSTRACT

Employment is currently one of the most important social inclusion mechanisms. An unemployment situation or job insecurity could consider a significant drop or loss of social protection networks and a number of ongoing economic- psychosocial problems that can affect individuals and their environment in different degrees of severity. Drug addicts people take part in one of the collectives with greater difficulties or challenges to social-occupational inclusion due to several reasons causing that people falling out of the system and creating a cycle from which it is difficult to escape, the longer it takes to spend more time outside it is increasingly difficult to integrate again. The social-labour inclusion of people with drug related problems depend on internal and external influences. Unfortunately, there are labour insertion programs that they cannot reach the goal in many instances. The approach of this study is to know the root causes making difficult the process of socio-occupational inclusion in rehabilitated drug addicts people, factors that can promote the process and the specificities of this group for the integration into employment.

KEY WORDS

Work placement, employment and drug addicts.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la incorporación sociolaboral de las personas en edad productiva ha supuesto, en nuestra sociedad, una cuestión de alcance prioritario. En el marco de las políticas europeas, españolas y autonómicas, se están desarrollando medidas que están dirigidas en concreto a los colectivos más desfavorecidos, excluidos, o en riesgo de exclusión, entre los que se encuentran los drogodependientes en proceso de rehabilitación.

En consonancia con estas políticas, los sucesivos Planes de Drogas de Castilla y León, han otorgado gran relevancia a las actuaciones que se llevan a cabo para realizar este objetivo. De esta manera, así el actual V Plan sobre Drogas 2005-2008, establece como criterios prioritarios de integración social, la globalidad, la interdependencia, la integración social e individualización de las actuaciones como principios que se deben tener en cuenta en la intervención con la población drogodependiente.

La integración sociolaboral tiene que entenderse como un proceso que facilita la incorporación social y laboral de la persona, teniendo en cuenta ambos aspectos, no pudiendo plantearse de forma independiente. Se trata de un proceso dinámico con avances y retrocesos, e individual, en el que no pueden establecerse a priori metas equivalentes para todo el colectivo drogodependiente.

Exige una intervención integral en la que es fundamental realizar actuaciones que incidan tanto en los distintos aspectos de la persona (familiar, recreativo, individual, social, jurídico penal, laboral, etc) como sobre las causas que se generan en su entorno social, en cuanto a situaciones de riesgo o exclusión, todo esto agravado por la propia drogodependencia, que añade como elemento importante el deterioro de la salud o capacidad psicofísica.

La incorporación laboral de las personas drogodependientes constituye uno de los pasos más importantes para lograr no sólo su integración social, si no también mejorar su salud psicológica y física, y cambiar el contexto en el que se mueven. El empleo favorece no solo en un status y en un rol en la sociedad, sino también en una autopercepción positiva, ocupación del tiempo y capacidad de participación social.

Sin embargo, este paso no suele ser una tarea fácil debido a los estereotipos, los prejuicios y la desconfianza con la que se suelen encontrar las personas con este perfil a la hora de encontrar trabajo. Por otra parte, un auto concepto negativo, la baja autoestima y la falta de expectativas son, a menudo, otros obstáculos que deben superar.

En Castilla y León, la forma de abordar la integración sociolaboral de personas con problemas de drogodependencias se realiza desde una gran variedad de medios/recursos. Esto, provoca diferencias en las intervenciones realizadas, así como importantes variaciones en las actuaciones realizadas por los diferentes Planes Locales sobre Drogas en las distintas provincias de la CCAA. Por otro lado, aunque los Programas y Proyectos destinados a este fin, ofrecen una atención a la formación de los drogodependientes (Cursos de Formación Ocupacional, Talleres Prelaborales, etc), se requieren otras posibles actuaciones en esta área, también necesarias para conseguir alcanzar un adecuado desarrollo integral en este proceso.

El presente estudio nace ante la necesidad de investigar sobre la incorporación de las personas con dependencia de drogas al mundo social y laboral y las dificultades que plantea.

Se parte de la idea de que la sociedad puede favorecer la incorporación social y laboral, potenciando valores de solidaridad y convivencia que inspiran las políticas sociales. Los individuos por su parte pueden trabajar por esa integración adoptando una actitud comprometida con la sociedad y proactiva en su proceso de incorporación. Entre ambos se encuentran los profesionales que trabajan para la consolidación del bienestar personal de las personas con esta problemática.

Inicialmente se debe tener en cuenta, que el hecho de poseer una adicción a las drogas es un factor altamente negativo para la vida de las personas. En la sociedad actual, a pesar de muchos avances que se han conseguido a lo largo de los años en esta materia, prevalecen los juicios y los estigmas hacia estas personas.

Es por esto que se dice que la exclusión social es un “fenómeno multidimensional que afecta a las personas y dificulta su participación en la sociedad” (Fundación Atenea, 2012 p.6).

La adicción a las drogas sigue siendo uno de los problemas socio-sanitarios más importantes del mundo. Lo es hoy más, si cabe, porque nuestra sociedad se encuentra en una época de cambios de actitud frente al problema de las drogodependencias. Desde la absoluta permisividad a la que se llegó en algunos países hace más de tres décadas, se pasó al rechazo social del drogodependiente, ya que este fenómeno ha alcanzado una extraordinaria importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias. “Para estudiar dicho fenómeno se debe tener en cuenta que en él convergen una cantidad significativa de dimensiones, pero para favorecer la incorporación se debe trabajar la lucha contra la exclusión... y en el fondo ser conscientes de que vivimos en una sociedad que genera exclusión” (Fundación Atenea, 2012. P.14).

No obstante, la cuestión de la exclusión y de la incorporación social, remite siempre a valorar los niveles de justicia e injusticia que existen en cada sociedad. Es este mapa social, tan desigual como injusto en el que los recursos actúan, tratando de desarrollar programas y estrategias que cambien y mejoren la situación de los grupos sociales más vulnerables y en el que hay que seguir exigiendo a la administración el desarrollo de políticas públicas que garanticen la igualdad de derechos de la ciudadanía, la cobertura de las necesidades de los grupos más desfavorecidos y que incidan sobre las causas de exclusión social y la marginación. Es por esto que, hay una necesidad clara de avanzar a nivel conceptual en la delimitación de lo que es asistencia y de lo que es integración en materia de drogodependencias. La respuesta asistencial debe cubrir objetivos de carácter terapéutico dirigidos, fundamentalmente, a abordar el problema de la relación sujeto-drogas y, en la medida en que estos objetivos se van cubriendo, quedará un espacio para solucionar una serie de problemas relacionados con la relación sujeto-entorno social. No se trata de crear dos comportamientos diferenciados, es un proceso único, pero es importante saber distinguir los objetivos que se refieren más a la relación con la integración social y cuáles más a lo terapéutico.

Según el documento de Castilla y León de "La integración laboral de drogodependientes en España":

1. Castilla y León es una Comunidad Autónoma muy extensa y con una importante variabilidad de incidencia en el problema de la drogodependencia, así como en los recursos que la atienden.
2. La integración sociolaboral constituye un proceso esencial en la asistencia a drogodependientes, como meta final tiene la intervención asistencial, ya que reafirma sus logros y evita recaídas.

Se trata de un proceso complejo y multidisciplinar, que debe atender de forma integrada, muy diversas actividades (educación, salud, empleo, vivienda, asesoramiento jurídico, etc.) que son atendidas por distintos proveedores (entidades asistenciales, corporaciones locales, servicios de empleo...) y que, además, forma parte a su vez de otro proceso complejo y multidisciplinar como es el tratamiento de la drogodependencia, lo que hace aún más necesaria la ordenación de sus intervenciones.

2.1. Objetivos

Objetivo general

Conocer las dificultades que presenta el proceso de inserción social y laboral de personas con problemas de drogodependencia

Objetivos específicos.

- Identificar la importancia del factor “inserción sociolaboral” en personas drogodependientes.
- Detectar las dificultades que presentan las personas drogodependientes en dicho proceso.
- Conocer que otros factores afectan al proceso de inserción sociolaboral.

2.2. Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, análisis y estudio de diferentes materiales seleccionados. La tarea va a consistir en extraer, recopilar organizar, analizar y sintetizar la información más relevante y así después poder difundirla en este trabajo. El material seleccionado y con el cual se va a trabajar va a ser el siguiente:

- Decretos y leyes vigentes a nivel europeo, nacional y autonómico en materia de drogodependencias.
- Planes e informes de las distintas Consejerías en materia de drogodependencias.
- Información en las distintas instituciones y organizaciones que tratan adicciones.

El material de la Fundación Atenea ha sido importante para la elaboración del trabajo, ya que su labor se dirige a personas en exclusión social y cuenta con abundante material sobre intervención con personas con drogodependencia.

He de mencionar expresamente la página de la Junta de Castilla y León, y en especial el documento del Modelo de Gestión de Procesos de Integración Sociolaboral de la población drogodependiente de Castilla y León en 2007, que constituye el modelo de atención desarrollado por esta Comunidad Autónoma y que forma la base de este trabajo.

2.3. Marco normativo

El marco normativo que regula la intervención en materia de drogodependencias, viene delimitado por una serie de preceptos legales que regulan y comprometen a las Administraciones a asumir competencias y a intervenir en la prevención e intervención en dicha problemática.

El marco legal vigente establece distintos niveles de competencias y responsabilidades entre las diferentes Administraciones Públicas y organizaciones sociales, en lo referente en materia de la promoción y gestión de recursos y programas que faciliten la integración social de las personas en situación de marginación o exclusión social.

Esta circunstancia obliga a establecer mecanismos de cooperación y coordinación entre las diferentes administraciones y organizaciones sociales. Por esta razón, el principio de corresponsabilidad social debe guiar el conjunto de las actuaciones a promover para facilitar la integración social de los drogodependientes.

La necesidad de colaboración y coordinación se convierte en una exigencia que no se puede dejar de lado si se tiene en cuenta la diversidad de necesidades y de problemas que los drogodependientes deben superar para afrontar con expectativas razonables de éxito los problemas de exclusión social. Esta circunstancia obliga a contar con la colaboración de un amplio número de programas y recursos a los que, en distintos momentos, pueden acceder los drogodependientes: servicios sociales, servicios educativos, de vivienda, de empleo, específicos en el tratamiento de las drogodependencias, etc.

Es importante decir, que aunque son muchos los servicios potencialmente implicados en los procesos de integración social, su participación no será necesaria en todos los casos, ni con la misma intensidad. Además, su mayor o menor protagonismo o implicación en el apoyo o soporte de los esfuerzos a favor de la integración sociolaboral irán cambiando en las distintas etapas o fases en que se encuentre la persona en relación con su integración.

Como criterio general, los centros y servicios específicos en el tratamiento de las drogodependencias asumirán un mayor protagonismo en la orientación y el apoyo de los procesos de integración en las fases iniciales del tratamiento, que se irá aminorando progresivamente a medida que avance el mismo, en favor de otros recursos normalizados (servicios de empleo, servicios sociales, etc.), hasta desaparecer prácticamente en el momento de producirse el alta terapéutica en el proceso asistencial.

Las competencias de las diferentes Administraciones e instituciones en materia de integración social vienen reguladas, entre otras, en las siguientes normas legales:

La “**Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020**” definió entre sus prioridades la necesidad de coordinación institucional e intersectorial, una mejora en el acceso a los programas de prevención asegurando su continuidad y sostenibilidad a largo plazo, el desarrollo de acciones específicas dirigidas a colectivos en situación de riesgo y especial vulnerabilidad, así como el acceso a tratamientos diversificados, asegurando el abordaje integral de los problemas de salud.

Centrándonos a nivel estatal, el **Real Decreto 783/1998, de 30 de abril**, establece en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y atribuye a dicho Ministerio a través de la Delegación del Gobierno para el PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas), la competencia relativa al desarrollo en el ámbito estatal, de las actividades de recogida, análisis de datos y difusión de información sobre las drogas y las toxicomanías.

El Plan Nacional sobre drogas ha evolucionado durante muchos años, y la existencia continua de este, ha posibilitado el compromiso que existe entre las fuerzas políticas y la sociedad, considerando las drogodependencias como un problema que afecta a toda la sociedad.

El PNSD, pretende que existan políticas dirigidas a las diversas necesidades de las personas y buscando que cada vez más mejoren las intervenciones, llevadas a cabo por la Administración del Estado y Comunidades Autónomas. Busca proteger a los individuos más vulnerables, dar formación, asesoramiento y ciertas habilidades para reducir los daños que provoca el hecho de consumir drogas tanto para la persona

como para el resto. La misión de este, es el diseño, establecimiento, ejecución y evaluación de las políticas que, en materia de adicciones, se desarrollan desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Real Decreto 1991/99, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008.

En el apartado dedicado a describir las funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas, se señala que:

1. Los órganos de gobierno y legislativos de las Comunidades Autónomas, tendrán responsabilidades, entre otras materias, en:

a) El diseño y elaboración de Planes Autonómicos en materia de drogodependencias.

b) La puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social del drogodependiente, fundamentalmente en las áreas de formación profesional y ayudas al empleo.

c) La coordinación de las actuaciones en materia de drogodependencias con otras Administraciones y entidades sociales, fomentando la participación social.

2. Corresponde a la Administración Local, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, entre otras funciones, el procurar la integración social de los usuarios de drogas mediante el desarrollo de planes de formación profesional y empleo.

3. Se señala que las organizaciones no gubernamentales deben constituirse en elemento de cooperación con las Administraciones Públicas en los ámbitos preventivo, asistencial y de incorporación social.

Posteriormente, la **Ley de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, de 27 de junio (2002)**, marca como objetivo prioritario, garantizar una atención integral, estableciendo en su artículo 23, que en el ámbito laboral se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa

de empleo. Asimismo se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una factible “incorporación laboral”.

A nivel de CCAA, como en este caso es Castilla y León, la **Ley 3/1994, de 29 de marzo**, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León y modificaciones introducidas en la misma por la **Ley 3/2007, de 7 de marzo**, establece entre otros los siguientes objetivos:

- Asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente.
- Potenciar las fórmulas de integración social del drogodependiente en un entorno social normalizado a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades.
- Mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.
- Crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

En el Título V, dedicado a las competencias de las distintas Administraciones Públicas, se señalan, además de las competencias de la Consejería competente en materia de drogodependencias, que: “Las Consejerías competentes en materia de sanidad y de acción social serán responsables de garantizar que los drogodependientes reciban una atención sanitaria y social de calidad, en igualdad de condiciones que el resto de la población, a través de los Sistemas de Salud y de Acción Social de Castilla y León. A tal fin, dichas Consejerías, en colaboración con la Consejería competente en materia de drogodependencias, promoverán los procedimientos oportunos de cooperación entre ambos sistemas y los centros específicos de asistencia a drogodependientes gestionados por entidades privadas, para mejorar la accesibilidad de los drogodependientes a sus prestaciones y para el diagnóstico y control de los principales problemas sanitarios y sociales asociados a la dependencia de las drogas”.

Entre las competencias y responsabilidades mínimas que se fijan para los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León se incluyen:

- La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social.
- La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
- El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.

Por su parte, señala que será competencia, entre otras, de las Diputaciones Provinciales de Castilla y León la aprobación de Planes Provinciales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local

La ley, en su artículo 25, establece que los que los municipios ejercerán, en todo caso, competencias en una serie de materias, entre las que se incluye la “Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social”. Por su parte, en el artículo 26 se establece la obligación de los municipios con una población superior a 20.000 habitantes a la prestación de servicios sociales.

Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y

León

La exposición de motivos establece que el Sistema de Acción Social se ha de regir, entre otros, por el principio de integración, con el fin de que los individuos y grupos puedan permanecer en su entorno, con plena inserción en la vida cotidiana, evitando su segregación.

Articula el sistema de acción social en dos niveles: Servicios básicos y Servicios específicos.

Los servicios básicos tienen un carácter polivalente y van dirigidos a todos los ciudadanos y colectivos sin distinción, encomendándoles las siguientes prestaciones y funciones:

- Información, orientación y asesoramiento a los usuarios de los derechos que les asisten y los recursos sociales existentes.
- Promoción de la convivencia e integración familiar y social, el fomento de la reinserción social.
- Apoyo a la acción social comunitaria (asociacionismo, voluntariado, etc.).
- Prevención primaria dirigida a eliminar en origen las causas de los problemas sociales y de las situaciones de marginación.
- Gestión de prestaciones de ayudas económicas.

Los servicios específicos se dirigen a sectores y grupos concretos, que requieren un tratamiento especializado, en función de sus circunstancias, como pueden ser los servicios específicos destinados a la población drogodependiente.

2.4. Marco teórico

En la actualidad, el consumo de sustancias ilegales en España, es un fenómeno asociado al ocio que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Cannabis, cocaína y éxtasis son por este orden las sustancias ilegales más consumidas. Frente a esto, se constata un descenso del consumo de heroína y las muertes asociadas al consumo de esta sustancia. En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas. En referencia a los últimos datos, el consumo de cannabis y de cocaína ha aumentado en España en un 50% en la población entre 15 y 64 años. El aumento del consumo de cocaína es especialmente notorio en el caso de los estudiantes de enseñanzas secundarias, siendo más elevado en los hombres que en las mujeres y se incrementa conforme aumenta la edad de estos.

Según los datos de la Junta de Castilla y León en lo referido a la evolución de los tratamientos, en el año 2015, los pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas fueron 1.897, el 83,7% hombres y el 16,3% mujeres. De las sustancias consumidas corresponden a drogas no institucionalizadas el 68,0% y al consumo de alcohol el 32,0%.

La principal sustancia que motiva la admisión a tratamiento es el alcohol (32,0%), seguido de la heroína + la mezcla heroína-cocaína (21,7%), la cocaína (20,3%) y el cannabis (20,3%).

La sustancia principal por la que se inicia el tratamiento varía según el grupo de edad: en el intervalo de hasta 29 años acuden a tratamiento, en primer lugar, por consumo de cannabis; de 30 a 39 años por cocaína; y a partir de los 40 años por alcohol.

Si miramos la tasa de admisión a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas, de los residentes en Castilla y León, es 49,9 por 100.000 habitantes. Para la población de 15 a 44 años, 112,8 por 100.000 habitantes.

De los 1.290 pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de drogas no legales, son hombres el 86,6% y la edad media de los pacientes es 35,3 años. La droga principal que motiva el tratamiento ambulatorio es la cocaína (29,9%), cannabis (29,8%), heroína (27,4%), la mezcla heroína-cocaína (4,5%) y otros estimulantes (3,9%). La edad media a la que se inicia el consumo es de 19 años, y el número medio de años de consumo, 16 años. En los últimos años se ha incorporado el consumo simultáneo de varias drogas como una forma frecuente uso. Se entiende por policonsumo, el consumo de una droga ilegal junto al consumo de otra droga, legal o ilegal).

En cuanto a la situación laboral, la de desempleo es la más frecuente (56,7%). De los que consumen como droga principal heroína sola o mezclada con cocaína, están desempleados el 63,7% y el 62,1%, respectivamente; de cocaína, el 52,6%, y de cannabis, el 50,9%. El mayor de población que consume cannabis es la de los jóvenes (21,6%). El máximo nivel de estudios completado es el de educación primaria obligatoria (39,6%), seguido del de educación secundaria obligatoria (26,5%). No completaron los estudios primarios el 15,2%. Como una minoría, tienen estudios superiores el 2,8%.

De estos datos se pueden sacar una serie de ideas:

- El número de pacientes que inicia tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas desciende; se mueve entre 1.897 y 2.876 pacientes/año.
- La proporción de admisiones por abuso de drogas ilegales desciende y las admisiones por alcohol ascienden.
- La sustancia principal que motiva el primer tratamiento por una sustancia determinada es la cocaína junto con el alcohol, a partir de 2002. La heroína presenta una línea descendente desde el año 2000. El cannabis supera a la heroína en 2009 y a la cocaína en 2013.
- La sustancia principal que motiva el tratamiento en los pacientes que han tenido algún tratamiento previo por la misma droga, es la heroína que presenta una tendencia descendente. Tanto el el cannabis, como la cocaína y el alcohol, presentan una línea ascendente.

- El número de pacientes que inician tratamiento por abuso de drogas ilegales se sitúa entre 1.290 y 2.221 pacientes/año. La proporción de mujeres varía entre el 12,7% y el 16,7%.
- Son españoles, 9 de cada 10 pacientes.
- La situación laboral más frecuente es el desempleo. Trabaja, de media, 2 de cada 10 drogodependientes. La incapacidad se sitúa por debajo del 10%.
- El máximo nivel de estudios completado con más frecuencia son los secundarios. De media, lo refieren 4 de cada 10 drogodependientes.
- La droga principal que motiva el tratamiento con más frecuencia es la heroína que presenta una tendencia descendente, la cual es superada por la cocaína en 2011. El cannabis se mantiene en tercer lugar, con una trayectoria ascendente.
- En el policonsumo, se observa una línea descendente de todas las combinaciones analizadas.
- El número de pacientes que inician tratamiento por abuso o dependencia de alcohol se sitúa entre 481 y 858 pacientes/año. La proporción de mujeres asciende y oscila entre el 13,5% y el 22,6%.
- La edad media de los admitidos a tratamiento por abuso de alcohol presenta una tendencia ascendente y se sitúa por encima de los 45 años en ambos sexos.
- La edad media al inicio del consumo es menor en el hombre (16 años) que en la mujer (18 años) y desciende en ambos sexos.
- La edad media al inicio del consumo problemático asciende en ambos sexos y se sitúa por encima de los 10 años del inicio del consumo.
- Los trastornos mentales se sitúan entre el 20,1% y el 33,0% y el número de desconocidos se mantiene.

En cuanto a los informes del Observatorio Español sobre Drogas(OED), el aumento de consumo, es especialmente notable en el caso del cannabis y de la cocaína y sobre todo en el sector más joven de la población, al igual que sucede en la mayor parte de los países europeos. En muchos casos, estas sustancias se consumen con otro tipo de drogas (alcohol, tabaco o éxtasis) o mezcladas entre sí, con fines recreativos y socializantes durante los fines de semana y épocas de ocio.

Se trata de un consumo intenso pero intermitente, que al concentrarse en determinados días de la semana, da lugar a que los consumidores tengan la falsa sensación de que su conducta carece de riesgos.

2.4.1. Factores que intervienen

Existen muchas causas y muchos factores, lo primero que hay que tener en cuenta es que el fenómeno de la drogadicción no es exclusivo de un grupo o estrato social, económico o cultural determinado. El consumo de drogas afecta a toda la sociedad.

En general, el uso de drogas corresponde a un afán de huir de la realidad. Las drogas proporcionan una vía de escape, un alivio temporal a los problemas personales, sociales y familiares. También son una puerta de salida frente al vacío existencial presente en el interior de la persona el cual la lleva a volcarse en busca de salidas ilusorias que llenen dicho vacío.

Algunos **factores** que favorecen el fenómeno de la drogadicción pueden ser clasificados del siguiente modo:

- **Factores de tipo social:** En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas. Tranquilizantes, hipnóticos, somníferos, etc que se pueden conseguir en las farmacias sin receta médica.

Además existe un amplio tráfico y distribución de drogas ilegales que hace que sea fácil obtenerlas.

Influye también, el hecho de que en el ámbito de las drogas existe mucha desinformación. Los medios de comunicación y sistemas educativos favorecen también el consumo de drogas al proporcionar valores distorsionados (el sentirse bien a cualquier precio, el consumismo, el vivir el momento, el placer y la satisfacción como meta última de la vida, etc).

El ansia de una persona joven de pertenecer a un círculo social determinado o a un grupo, las presiones por parte de los amigos, pueden hacer que esa persona se vea iniciada en el consumo de drogas. El consumo puede ser un requisito para pertenecer a un grupo, y una vez dentro se facilita el acceso y el consumo de sustancias psicoactivas.

- **Factores de tipo familiar:** Los hijos de padres toxicómanos, fumadores o bebedores, tienen más tendencia a tomar drogas que los hijos de los padres que no lo son. Si hay un ambiente familiar demasiado permisivo o donde no existe un control sobre los hijos o demasiado rígido donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede fomentar también el consumo de drogas. Si existen continuas peleas de los cónyuges frente a los hijos, desatención de los hijos por parte de los padres, familias divididas o destruidas... todos estos son factores que favorecen a crear un clima de riesgo, donde la droga puede convertirse en una válvula de escape.

Se ha comprobado que el uso de drogas por parte de los jóvenes es menos frecuente cuando las relaciones familiares son satisfactorias.

- **Factores de tipo individual:** Muchos factores individuales pueden influir en la decisión de consumir drogas. Éstas se pueden ver como un medio para compensar la frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos de algunas personas. También se puede utilizar como una vía de escape a los problemas cotidianos, ya que, bajo el efecto de las drogas, la persona experimenta un estado de euforia que le hace olvidar los problemas o las limitaciones que él tenga. El problema de esto es que es una ilusión, y después de ese estado de euforia viene una frustración incluso mayor que la inicial, lo que lleva a la persona a recurrir nuevamente a la droga.

Otros se inician en la droga por curiosidad, o para experimentar sensaciones nuevas ante el aburrimiento, la apatía o incluso ante la sensación de un sinsentido de la vida. Ante el vacío que experimentan, la droga se presenta como una posibilidad, aparentemente atractiva, de llenar dicho vacío.

2.4.2. Motivaciones

En la mayoría de los casos la motivación para el consumo de drogas estará influida en gran medida por la combinación de distintos factores de riesgo, como podrían ser: ambientales, individuales, sociales y psicológicos. No podemos olvidar que esto se verá influido también por el tipo de sustancia consumida y por el contexto en el cual se produce el consumo.

Entre esta combinación de factores podemos encontrar frecuentemente:

- Una **personalidad poco definida** o influenciable: en algunos casos las personas destacan la falta de personalidad.
- La **ausencia de motivación y objetivos** vitales: no tener ninguna motivación ni objetivos en la vida.
- La **incapacidad de afrontar situaciones complicadas**, como por ej. Asumir responsabilidades que no te corresponden a edades tempranas, evadir situaciones que hacen sentir mal y que no se quieren afrontar...
- La búsqueda de **nuevas sensaciones**: intentar sentir sensaciones o emociones diferentes para salir de la vida cotidiana.

2.4.3. Visión social de la drogodependencia

Es importante tratar también, las ideas y visiones que se tienen actualmente en nuestra sociedad acerca de la drogodependencia. El fenómeno de la droga, es una cuestión nacional e internacional, que requiere ser tratado y reflexionado dentro de un contexto social. Cuando una persona es percibida como consumidor de drogas se ve marcada muy negativamente en todos los aspectos de su vida, especialmente el social y laboral, asignándosele atributos negativos que legitiman su exclusión por parte de la sociedad. Estos atributos, de construcción social, le acompañan a lo largo de su vida ya que permanecen en el imaginario social, resultando muy difícil desprenderse de ellos. El estigma de drogodependiente le representa como una persona de la que hay que desconfiar, relacionada con la delincuencia, la mentira, la manipulación, y en general, la desconfianza. La cuestión es muy compleja y extensa, ya que el propio sujeto estigmatizado, forma parte del proceso de estigmatización; es decir, hay una retroalimentación del proceso cuando el sujeto se reconoce a sí mismo en esa etiqueta como "yonki", asumiendo así un papel el cual representa

Recuperar su lugar en la sociedad pasa por abandonar el consumo, y desarrollar actividades más o menos normalizadas, algo difícil cuando las consecuencias de este consumo conlleva en muchos casos, un deterioro físico, mental, y de habilidades q, que tienen que empezar por recuperar y que suponen en sí mismas, una identificación de su "problema" y a la vez una carga en su proceso de reinserción. Esto se presenta como obstáculos determinantes para la integración sociolaboral del colectivo de personas drogodependientes. Si trasladamos esta situación al mercado laboral, en la situación empresario-drogodependiente, por ejemplo, el drogodependiente sería un posible delincuente, al que el empresario responde dentro de esta lógica, mediante la desconfianza. Por esta razón y por otras varias, resulta muy difícil integrar a personas que poseen signos que las identifican como drogodependientes.

Para esto, la acción coordinada llevada a cabo a nivel de la UE, Nacional o dentro de las propias CCAA, desempeña un papel imprescindible para la inserción del drogodependiente.

2.4.4. Significado de la exclusión social

La exclusión social, es un término que va más allá de la inexistencia de ingresos económicos necesarios. La exclusión social es un fenómeno en el que interfieren múltiples dimensiones y que afecta a las personas más allá de lo económico, además, dificulta su participación en la sociedad.

La perspectiva sociológica entiende la exclusión social como la falta de participación de una parte de la población en la vida social, política, económica y cultural en la sociedad, debida a una carencia de recursos, derechos y capacidades básicas. Es un proceso de carácter estructural que excluye a parte de la población de dimensiones de la sociedad:

-Dimensión económica o estructural: relativa a la exclusión del mercado de trabajo, esta conlleva desequilibrio de la renta, y desprotección social (estás fuera de la estructura social normalizada).

-Dimensión social o contextual: pérdida de vínculos sociales y debilitamiento de las relaciones.

-Dimensión personal o subjetiva: se produce una ruptura de la comunicación, se debilita los signos vitales que las personas tienen como son: confianza, identidad...

Se habla de una triple ruptura que conduce a la exclusión, en ocasiones se añade el factor institucional, la salida de algún tipo de institución o ausencia de estatus institucional (exilio, sin papeles...)

3. LA INSERCIÓN LABORAL COMO ELEMENTO CLAVE DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

La incorporación al mundo laboral es un factor que favorece la integración social de los drogodependientes, debido a que esto proporciona una autonomía económica y personal, ofrece la oportunidad de interactuar con otras personas y de participar en grupos y ambientes sociales diferentes a los que se desenvuelven normalmente, algunos de ellos relacionados con mundos o culturas excluidos. A pesar de ello, no es suficiente la integración laboral para asegurar una adecuada integración social, debiendo abordarse otras áreas (educativa, familiar, social, recreativa, jurídico-penal etc.).

En el contexto del V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León se establecen una serie de principios orientadores de la integración sociolaboral:

- **Interdependencia.** La integración social y laboral del drogodependiente tiene que entenderse como un mismo proceso, en el cual, tratamiento e integración social, son elementos interdependientes. La integración social hay que verla como un proceso gradual e individual, que se inicia, discurre y termina con el tratamiento, y en el que las actuaciones de inserción social refuerzan y sirven de base para progresar en los logros terapéuticos, de modo que ambas actuaciones se refuerzan mutuamente.
- **Globalidad.** La integración social del drogodependiente no sólo requiere de una intervención sobre los distintos planos de la persona (individual, familiar, social, recreativo, educativo jurídico-penal, laboral, etc.), sino también en el entorno social que rodea a la persona.
- **Individualización.** La integración social debe plantearse de forma individualizada y dirigida a alcanzar una serie de objetivos. No se puede aplicar a todas las personas la misma intervención, ni se puede llegar con todas a los mismos niveles de integración social.

Estos principios institucionales se complementan con los siguientes criterios de carácter técnico:

- La integración es un proceso, con aproximaciones graduales y sucesivas al objetivo de la normalización.
- Es un proceso compartido en que deben participar tanto la persona con problemas de adicción, como los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias y de otras instituciones y de diferentes redes sociales de apoyo. Para hacer posible que la persona inicie y avance en su itinerario de integración, es necesario que se sienta protagonista de su propio proceso, por ello, es imprescindible que el diseño y la puesta en marcha de los itinerarios de integración sean negociados.
- Los procesos de incorporación social de la población drogodependiente requieren de la coordinación y participación activa de las instituciones con responsabilidades en materia de bienestar social y en el campo de las drogodependencias. La existencia de diversas instituciones, recursos, profesionales y agentes sociales implicados en los procesos de inserción social, hacen que los mismos precisen de una figura de referencia, encargada de coordinar, supervisar y apoyar los mismos, genéricamente denominada como “tutor del proceso de incorporación social”, que puede ser diferente en las fases de compensación y normalización.

La asunción de estos principios o criterios orientadores supone, para los servicios adscritos a la Red de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León, la aceptación de los siguientes compromisos:

- Disponer de un diagnóstico específico que establezca las necesidades que cada persona drogodependiente presenta en el ámbito de la incorporación social y que defina las prioridades de actuación existentes en este ámbito.
- La elaboración de un Programa Personalizado de Integración Social, integrado dentro del programa terapéutico general, para aquellos usuarios que presentan déficits de incorporación social de intensidad media o alta.

- El apoyo o acompañamiento a los drogodependientes en los diferentes itinerarios de sus propios proyectos de inserción social.
- La realización de tareas de coordinación interna, es decir, de las distintas disciplinas, y externa, de carácter transversal, con diferentes instituciones, recursos y profesionales que participen de algún modo en el proceso de incorporación social.

Estos compromisos, aparecen recogidos en la “Guía de profesionales para la gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes”. Se trata de una guía de buenas prácticas, complementaria al presente Modelo de gestión, con el que se pretende establecer un modelo de actuación común entre todos los profesionales del Sistema de Asistencia e Integración Social al Drogodependiente de Castilla y León, y de éstos con el resto de Entidades Públicas que desarrollan actividades normalizadas destinadas a la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión, que asegure la coordinación y continuidad de las intervenciones a desarrollar dentro de la Red y contribuya a mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos de integración sociolaboral, así como la calidad de los servicios ofertados a los destinatarios de estos procesos.

3.1. Dimensión social del empleo

El empleo es un es un factor fundamental, para la integración plena de todas las personas en la sociedad.

La incorporación laboral de las personas que están en situación de vulnerabilidad, es uno de los pasos más importantes para lograr no sólo su integración social, sino también la mejora de su salud física, psicológica y el cambio del contexto en el que se mueven y de la sociedad en su conjunto.

El empleo, en definitiva, es favorable en cuanto a que, no sólo no sólo da una autonomía económica sino un status y un rol en la sociedad, la ocupación del tiempo, una autopercepción positiva y la capacidad de relacionarnos socialmente. Sin embargo, no es fácil la integración laboral de las personas con algún tipo de adicción.

Y sin empleo, es fácil caer en la exclusión social. Entre el 70% y el 80% de las personas privadas de libertad en España lo está por delitos relacionados con el consumo de drogas. Podemos establecer una clara conexión entre los factores exclusión social + desempleo + drogas. (<http://fundacionatenea.org/>)

Sin embargo, dar este paso no suele ser tarea fácil debido a los estereotipos prejuicios y la desconfianza con las que se suelen encontrar las personas con este perfil a la hora de buscar trabajo. Por otra parte, un autoconcepto negativo, la baja autoestima y falta de expectativas son, a menudo, otros obstáculos que deben superar.

En el caso de las mujeres drogodependientes, la búsqueda de empleo conlleva una mayor dificultad, ya que al hecho de ser drogodependiente se añade la brecha de género estructural. La desigualdad entre hombres y mujeres, y los roles culturales asociados a cada sexo, influyen de manera transversal en diferentes aspectos personales, vitales, educativos, sociales etc. Y, por tanto, también en la integración laboral.

4. MODELO DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE CASTILLA Y LEÓN

La intervención en drogodependencias ha tenido una evolución en planteamientos y perspectivas (Meneses y Charro, 2000). De un momento inicial en el que lo prioritario y sobre lo que se centró la producción teórica fue la desintoxicación y mantenimiento de la abstinencia, los planteamientos han ido transformándose hasta llegar a la situación actual en la que, junto a los programas libres de drogas, coexisten los de reducción del daño (Newcombe, 1995).

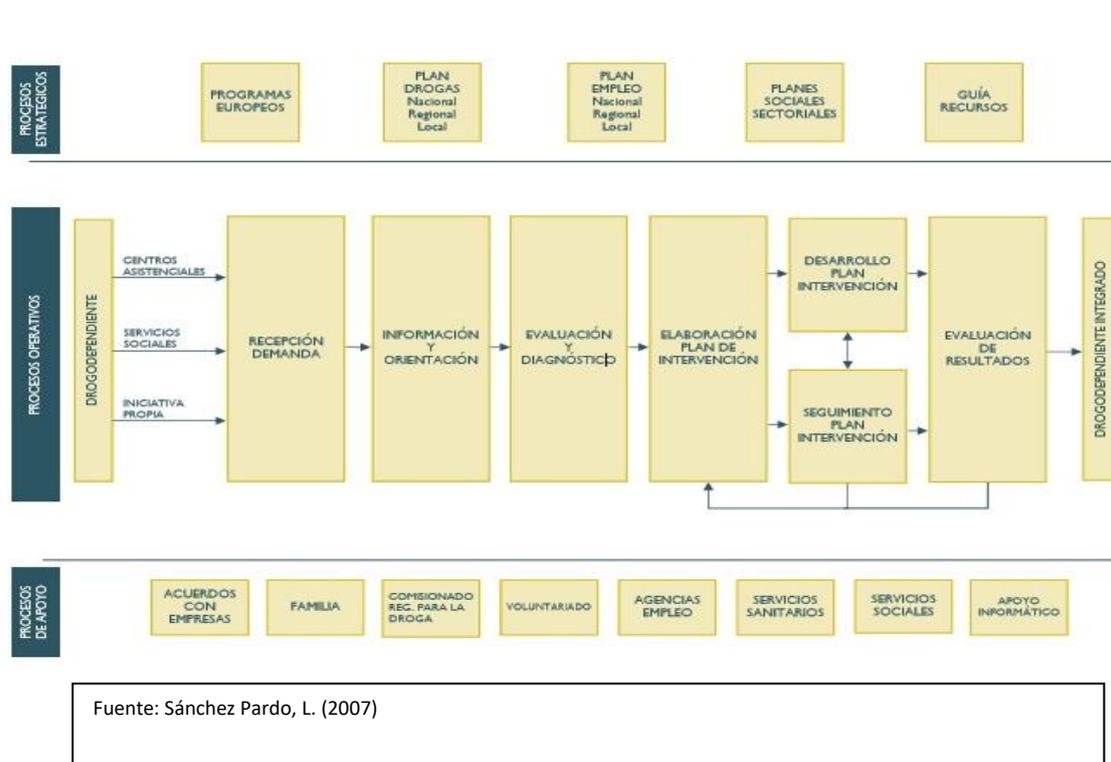
En la actualidad los perfiles de las personas drogodependientes que acceden a los servicios presentan necesidades muy diferentes a los de hace unos años:

- Una parte de estas personas no presenta especiales dificultades de integración social, con una historia de consumo relativamente corta, conservando cierto grado de normalización, aunque el consumo afecte negativamente a todas las áreas de su vida. Nos referimos fundamentalmente a consumidores de cocaína y cánnabis.
- Otra parte conlleva problemas que conducen a su exclusión, como dificultades de empleo, abandono de relaciones sociales normalizadas, falta de apoyo familiar, problemas de salud física y mental, realización progresiva de actividades marginales...

Esta diferenciación tan marcada requiere de una individualización de la intervención de manera que se adapte a las características y situaciones de cada persona.

En Castilla y León, al igual que en otras Comunidades Autónomas, abordan la inserción sociolaboral de personas con drogodependencias desde múltiples recursos, planes de ayuntamientos para drogas, actividades de formación e inserción laboral de recursos diferentes; esto hace necesario la elaboración de un modelo único y global de integración a nivel regional que sirva de referencia a los profesionales de todos los niveles asistenciales, con el objetivo de mejorar los procesos de intervención, protocolizar las actuaciones y que permita la coordinación entre entidades públicas y privadas que abordan esta problemática.

Surge así el Modelo de Gestión de Procesos de Integración Sociolaboral de la población drogodependiente de Castilla y León, de la Junta de Castilla y León, publicado en el año 2007, según el cual la intervención a realizar para la integración sociolaboral de personas drogodependientes de este modelo de gestión queda reflejada en el mapa del proceso siguiente:



Este proceso tendrá un responsable de su desarrollo que serán los profesionales y técnicos responsables de integración sociolaboral de Entidades Públicas y Privadas, con las siguientes funciones asignadas: (Fundación Atenea, 2012, pág. 41)

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y el compromiso de todos los implicados.
- Garantizar el control y mejora continua del proceso.
- Comprobar que el servicio satisface las necesidades del usuario.

4.1. Destinatarios de los procesos de integración

Los destinatarios de los procesos de integración social serán aquellas personas con diagnóstico de dependencia al alcohol u otras drogas distintas del tabaco, que se encuentren realizando tratamiento en alguno de los centros de la Red de Atención correspondiente o que hayan completado dicho tratamiento, con dificultades en materia de integración social.

Una característica común a todas estas personas es la carencia de unas adecuadas habilidades y competencias personales y de un suficiente apoyo familiar y social para resolver, de forma autónoma o independiente, distintas situaciones o problemas que impiden su plena participación social, por lo que precisan de medidas especiales para facilitar la misma.

A nivel operativo es posible diferenciar tres grandes categorías de destinatarios de las medidas y acciones de apoyo a los procesos de integración social, cada una de ellas subsidiaria de distintos procedimientos de actuación.

Las variables en torno a las cuales se configura el perfil de los destinatarios de las actuaciones de apoyo a la integración social son las siguientes:

- El mayor o menor grado de autonomía personal y de precariedad y vulnerabilidad, que condiciona fundamentalmente el carácter específico, casi normalizado o normalizado de los recursos a movilizar para apoyar el proceso de integración social.
- El grado de consolidación del proceso asistencial y de los objetivos de tipo terapéutico previstos en el mismo, fundamentalmente los referidos a la abstinencia en el consumo de drogas. En el caso de los pacientes en tratamiento con metadona se entenderá referida a otras drogas distintas del opiáceo de sustitución.
- La situación de alta terapéutica.

Las definiciones de los procesos de integración e inserción social resultan, por su generalidad y abstracción, poco operativas en el terreno práctico. Para dar respuesta a una cuestión clave que en algún momento se plantean los profesionales que operan en el ámbito de la integración social, como es la de decir cuándo se considera que un sujeto determinado está insertado socialmente, resulta esencial utilizar indicadores o estándares de inserción social. La cobertura de estos indicadores informaría de la consecución o culminación, en términos generales, del proceso de inserción social.

4.2. Indicadores o estándares de inserción social (Browm, H. y Smith, H., 1992)

Browm, H. y Smith,h., consideran que se han de tener unos requisitos mínimos para iniciar un proceso de inserción social, como son:

- Poder mantener un ritmo vital cotidiano estable (dormir, comer, vestirse, trabajar/ estudiar, tener tiempo de ocio, etc.).
- Poder realizar una evolución positiva en cada una de las etapas de la vida.
- Tener asegurada la autosuficiencia económica, para poder soportar la realización de las actividades cotidianas.
- Poder mantener relaciones sociales, personales y/o sexuales.
- Poseer una clara autoconciencia del rol social que se está desempeñando, traducida en competencia social suficiente, imagen social definida, participación social o en una actitud favorable a la ruptura con los circuitos culturales de exclusión.

4.3. Dimensiones de los programas de integración

Los drogodependientes con problemas de integración o exclusión son personas que tienen dificultades para definir su rol social, para relacionarse fuera de su entorno social, para hacer algo socialmente productivo, carentes de reconocimiento social, con problemas de autoestima y soledad, sin autosuficiencia económica para poder cubrir las necesidades básicas, con problemas legales, de salud o de empleo o con dificultades para acceder a los recursos comunitarios (servicios sociales, de salud, formación laboral, etc.). Unos problemas que podrán estar en su totalidad o en parte presentes en estos sujetos y que pueden haber sobrevenido recientemente o estar instaurados desde hace largos años. En consecuencia, los programas de integración deben incidir en **tres dimensiones** que caracterizan la exclusión social:

- Factores objetivos, relacionados con la existencia de ciertos problemas o carencias que dificultan o impiden la participación social.
- Factores subjetivos, relacionados con las percepciones sociales (estereotipos) y actitudes sociales ante las personas con problemas de adicciones.
- Factores contextuales, relacionados con la realidad cultural y económica en la que se desenvuelven los sujetos (precariedad social y laboral, valores sociales dominantes, etc.).

En el camino hacia la inserción social los drogodependientes pueden pasar por **diferentes etapas**:

1ª) El consumo de drogas y la persistencia de una dependencia al mismo tiempo que situaciones de exclusión social.

2ª) La toma de conciencia sobre el carácter problemático de su situación y el inicio de un proceso de cambio, que puede concretarse en la utilización de algún recurso asistencial para la atención del problema de dependencia a las drogas, o bien de los servicios sanitarios o sociales para obtener ayuda y así hacer frente a alguno de los problemas sociosanitarios asociados a las drogodependencias.

3ª) La toma de conciencia de su situación se amplía, profundizando en el deseo de cambio, detectando nuevas áreas que deben ser atendidas, contactando con nuevos recursos y profesionales e iniciando un itinerario individualizado de integración social.

4ª) Se intensifican y amplían las relaciones sociales, toma conciencia de formar parte del entramado social y se refuerza el uso de recursos normalizados, destinados a la población general.

5ª) Alcanza unos niveles adecuados de integración, que se adaptan a sus características personales y a las de su contexto y consigue que se mantengan estables.

Las fases de las que parte o por las que transita cada sujeto, la rapidez con la que progresa en su recorrido, los objetivos a conseguir en cada una de las fases y los posibles “retrocesos” en el proceso de integración social dependerán de las características del individuo, y de su contexto social, así como del conjunto de recursos que apoyen y participen en el proceso de integración social.

No obstante, con independencia de las características de los sujetos implicados en los procesos de integración y de los problemas que puedan surgir en los mismos, existen **dos factores decisivos** a la hora de hacer posible que se complete el proceso.

- a. En todas las fases, deben existir profesionales y recursos que ofrezcan un seguimiento completo de la persona. Todos los usuarios necesitan a alguien cercano a quien le importe la recuperación. No existe una intervención socializadora sin agentes de referencia capaces de incentivar la construcción del tránsito hacia la sociedad.
- b. La persona que está inmersa en un proceso de integración social, debe encontrar en su comunidad de referencia recursos adaptados a sus necesidades y a las distintas etapas por los que va pasando en su evolución. Estos recursos deben estar, además, coordinados entre sí actuando como una serie de redes hechas para el cambio.

La inserción social se define en torno a **dos procesos esenciales**:

1. Conlleva siempre un proceso de socialización (es en esencia un proceso educativo), por el cual el drogodependiente asume los valores, normas y conductas predominantes en el grupo social al que se incorpora.
2. Se concreta en la progresiva normalización de las conductas del sujeto, en la que asume ciertos modos de vida que la sociedad define como “normales”. En la medida en que el drogodependiente adapta su conducta a la norma que predomina, consigue un mayor grado de compatibilidad social.

4.4. Tipo de personas drogodependientes a las que se le ofrece un programa de inserción sociolaboral

La mayoría de las organizaciones (Proyecto Hombre, ACLAD, etc.) trabajan la integración sociolaboral principalmente con personas de las que se valora que están avanzadas en su tratamiento de drogodependencia. Aquellas organizaciones que trabajan principalmente con programas libres de drogas, trabajan con personas que han superado de forma satisfactoria las etapas previstas en el tratamiento y llevan tiempo sin consumir. Este proceso significa que la persona posee una autonomía suficiente y un grado de desarrollo personal, como para que se le pueda plantear la búsqueda de empleo. Desde este punto, uno de los **factores clave** es determinar, cuál es el momento adecuado para iniciar este, ya que si la decisión de iniciarlo es precipitada, puede significar una recaída o un retroceso en la trayectoria de recuperación. En el caso de las organizaciones que trabajan con personas en tratamiento con metadona, el planteamiento varía, principalmente porque los abstinentes puros son una minoría. El proceso de de inserción laboral se plantea tanto para personas que llevan un seguimiento con un balance positivo del tratamiento (no consumen, o si lo hacen es de forma esporádica) como para personas que continúan consumiendo de una manera no tan intensa. Para estas últimas, el único criterio es que no se trate de cocaína. Si se trata de consumo fuerte de heroína, no se considera que estén en buenas condiciones como para iniciar el proceso de búsqueda de empleo. En la mayoría de los modelos, se realiza una valoración en la que se observa el **grado de motivación, compromiso personal y condiciones de cara a la empleabilidad** que la persona presenta. Tanto en los Programas Libres de Drogas, por ejemplo alcohólicos, como en los Tratamientos con Metadona, la selección de personas para el inicio de un proceso de inserción laboral deja un gran número de personas fuera del mismo y recoge sólo a un número pequeño de ellos. De hecho, la idea que predomina entre los profesionales que trabajan en este ámbito es, con cierto pesimismo, que son muy pocas las personas que llegan a este punto.

5. FACTORES A TENER EN CUENTA EN UN PROGRAMA DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Según el Modelo de Gestión de Procesos de Integración Sociolaboral de la población drogodependiente de Castilla y León, de la Junta de Castilla y León, publicado en el año 2007, hay una serie de factores a tener en cuenta en un programa de inserción sociolaboral:

Factores INDIVIDUALES a tener en cuenta en un programa de inserción laboral

Las carencias que habitualmente presenta la población drogodependiente en materia de integración social pertenecen a las siguientes categorías:

a) Residenciales:

- Residencia en pensiones u hostales.
- Alojamientos inestables o precarios (casas abandonadas, chabolas, coches, etc.).

b) Familiares y convivenciales: Ruptura familiar (separación, divorcio, etc.).

- Dificultades para atender adecuadamente las necesidades de hijos menores.
- Pérdida de la custodia y/o tutela de los hijos.
- Violencia doméstica.
- Carencia de un núcleo de convivencia estable.
- Desarraigo familiar: ausencia de relaciones o contacto con la familia de origen.
- Presencia de pareja drogodependiente.

c) Personales:

- Baja autoestima, desmotivación y desconfianza.
- Carencia de habilidades personales básicas.
- Bajo nivel de autocontrol emocional.
- Autoexclusión social.

d) Económicas:

- Carencia de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas (alimentación, alojamiento, vestido, etc.).
- Fuente de ingresos principal vinculada a actividades marginales o ilícitas (prostitución, menudeo de drogas, etc.).
- Dependencia económica de la familia o la pareja.

e) Educativas:

- Dificultades para la lectura o escritura.
- Ausencia de titulación académica (Certificado de Estudios Primarios, Graduado Escolar, etc.).
- Bajo nivel cultural.

f) Laborales:

- Ausencia de formación laboral.
- Ausencia de experiencia laboral.
- Carencia competencias básicas para el desempeño de un empleo.
- Desempleo.
- Trabajo a tiempo parcial.
- Trabajo precario o inestable.
- Desempeño de trabajos que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas (camareros, relaciones públicas de discotecas, etc.).

g) En las relaciones sociales y el ocio:

- Aislamiento social: ausencia de amigos o conocidos al margen de la familia o los profesionales encargados de su atención.
- Relaciones sociales exclusivas con consumidores de drogas o ex drogodependientes.
- Soledad intensa.
- Rechazo por parte del entorno social próximo (vecinos, etc.).
- Ausencia de pareja.
- Ausencia de aficiones. Ausencia de actividades de ocio de carácter social.

- Actividades de ocio que comportan riesgo de recaída en el consumo de drogas.

h) Legales:

- Acumulación de procedimientos judiciales.
- Estigma carcelario.

i) Sanitarias:

- Patología orgánica o mental grave que dificulta el normal desarrollo de las actividades cotidianas (trabajar, realizar tareas en el hogar, mantener relaciones sociales, etc.).
- Minusvalías. (Pág. 19, 20)

Factores que FAVORECEN la integración sociolaboral

- Los programas de rehabilitación especializados en el colectivo.
- Potenciar formación y la capacitación profesional entre el colectivo.
- El apoyo de familiares y amistades.
- El acceso a un empleo.
- Generar entornos sanos y positivos.
- Desarrollo de habilidades personales, sociales y laborales.
- La voluntad y la motivación personal.

Factores que DIFICULTAN la integración sociolaboral

- Las secuelas psíquicas y psicológicas.
- Estigmatización del colectivo.
- Los problemas LEGALES Y judiciales.
- El tipo de consumo que haya experimentado la personas.
- Probabilidad de recaídas.
- Combinar la adicción con otros trastornos o discapacidades.

5.1. Variable género

Diferencia de sexos en los programas de rehabilitación para drogodependientes.

La población tradicionalmente atendida en la generalidad de los programas de rehabilitación para drogodependientes es mayoritariamente masculina. Esta situación actual ha conllevado que dichos programas se desarrollasen, tanto en lo concerniente a su diseño, como en los instrumentos terapéuticos que utilizan, e incluso en su misma estructura, adaptándose a esa mayoría de usuarios varones. Este hecho junto con la misma desproporción entre los sexos de las personas atendidas, me plantea el interrogante de si esa adaptación al perfil masculino pudiera estar menoscabando la atención dispensada a las mujeres, e incluso la propia accesibilidad de estas a los tratamientos. Para esto, habría que analizar comparativamente el perfil de los usuarios de ambos sexos de los programas de tratamiento, con especial énfasis en las posibles diferencias con razón de género que pudiesen producirse en relación a la inserción laboral de dichas personas. Hay que matizar una serie de variables como son; la edad, la etnia, la clase económica, las áreas geográficas, la etnia, las sustancias... Puesto que dependiendo de estas variables, las diferencias entre sexos pueden ser mínimas o al contrario.

Esto es necesario para realizar adaptaciones en los programas en el que caso de que fuesen necesarias, con el fin de eliminar los sesgos de género que puedan estar interfiriendo en sus posibilidades de rehabilitación.

Además, se observa que hay una diferencia muy grande en cuanto a la presencia de mujeres en los programas de rehabilitación a pesar de haber un incremento constante de mujeres con problemas de drogadicción. Al analizar esto, podemos hacer referencia a la influencia del modelo de tratamiento y a la tendencia de las mujeres a acudir más a los servicios de salud que a los dispositivos específicos sobre drogodependencias.

En los variados programas de tratamiento de drogodependencias, hay que destacar una serie de consideraciones en relación a la población femenina consumidora: los obstáculos de acceso al tratamiento, la oferta de programas y su escasa adecuación a las necesidades de las mujeres, así como los resultados y abandonos del tratamiento de drogas y las diferencias por sexo.

Esto hace que se planteen dos temas centrales relacionados con el tratamiento de drogas y las diferencias por sexo:

1. Los programas de tratamiento están diseñados para los varones, que son los usuarios mayoritarios de los mismos.
2. La presencia femenina, como ya se ha mencionado, es muy inferior en los tratamientos, lo que genera repercusiones negativas para las mujeres.

Los estilos de atención y terapia, no están adaptados a las condiciones y necesidades de las mujeres. La posibilidad de una atención individual continuada, así como los grupos específicos para mujeres apenas se ofertan a pesar de tener buen resultado.

Esto podría deberse a la falta de formación e información por parte de los profesionales en lo relativo a este tema, a la falta de servicios complementarios, a que la violencia y el abuso es mayor en mujeres y esto tiene que ser abordado con terapia lo cual en ocasiones no se contempla...

La inserción socio-laboral es una parte fundamental en el proceso de reinserción. Sin embargo, por la experiencia que ya tienen las organizaciones y por los resultados que muestran las estadísticas sobre empleo de la población general, nos indican que el colectivo de mujeres tiene especiales retos que superar a la hora de conseguir un trabajo.

En el caso de las mujeres, la búsqueda de empleo tiene dificultades añadidas, ya que al hecho de ser drogodependiente hay que incluirle la brecha de género estructural. No es un hecho novedoso el decir que hay desigualdad entre hombres y mujeres y de los roles culturales asociados a cada sexo, lo cual influye en diferentes aspectos vitales, culturales, personales, etc. Y por tanto también en la integración laboral.

6. EL TRABAJO SOCIAL EN EL PROCESO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES

En la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales de Montreal, Canadá, en Julio de 2000 se aprobó la siguiente definición Trabajo Social: “El Trabajo Social es la disciplina que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo y comunidad. El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social.

El Trabajador Social realiza su actividad profesional en múltiples campos, con el objetivo de conseguir la mayor integración posible, abordando todas las facetas de la persona, individual, familiar y social.

El profesional de Trabajo Social forma parte del equipo interdisciplinar que atiende la problemática de la drogadicción, con el objetivo de realizar un proceso de atención integrada.

La persona necesita fundamentalmente un anclaje personal. El acompañamiento es un acto que implica unas capacidades por parte del Trabajador Social como la empatía, sostén, apoyo, y, sobre todo, capacidad para establecer un vínculo con la persona drogodependiente.

Hay que situar la relación personal en primer término. Buena parte del éxito vendrá determinado por la personalización positiva de la relación. Es frecuente que la persona comience estableciendo una relación de dependencia con el trabajador social y que comience a activarse en el hacer cosas encaminadas a la búsqueda de empleo por complacerle. Hay que dar un tiempo a esa dependencia, que actúa como vinculación, para luego ir soltando amarras de cara a la autonomía. La persona acabará aprendiendo que las cosas debe hacerlas para sí misma, pero resulta esencial respetar su tiempo y su necesidad de dependencia.

El acercamiento es bidireccional: Han de reconocerse como interlocutores válidos tanto el Trabajador Social como la persona drogodependiente.

La filosofía de intervención es la de acompañar a personas con problemas, no acompañar ni “solucionar problemas”. Se trata de hacer un camino conjunto, reconociendo que existen limitaciones en nuestro apoyo.

Se podría decir entonces que, desde el punto de vista del Trabajo Social, es importante que la figura del trabajador/a social exista dentro de las organizaciones y programas destinados a la población drogodependiente, ya que este cumple una serie de funciones primordiales dentro de estos. Trata de fomentar el bienestar de las personas, así como tareas de atención y prevención de carencias sociales de éstas. Además, éste se encarga a su vez de articular los recursos disponibles para poder ayudar a superar aquellos periodos de crisis que van apareciendo a lo largo del proceso vital de los individuos.

Como se ha visto anteriormente, el/la trabajador/a social sería el/la encargado/a de llevar a cabo de un conjunto de acciones dirigidas a la intervención integral en los programas, siendo este guiado por una serie de condiciones orientadas a conseguir los objetivos con la mayor efectividad posible. La intervención de estos dentro del ámbito de las adicciones, cobra una importancia relevante ya que éste/a sería la puerta de entrada a la cartera de servicios disponibles para lograr el cambio, la modificación de conductas y la búsqueda de soluciones.

Desde nuestra profesión, también se busca la plena integración, coordinación y desarrollo en todas aquellas esferas de la vida que afectan a la persona, ya que desde el Trabajo Social se tiene en cuenta la variedad de factores y variables que condicionan a la persona, para así hacer cada intervención individual y única, consiguiendo que el impacto creado sea transformador y produzca un cambio efectivo.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS ALTERNATIVAS

La principal finalidad de este trabajo, ha sido conocer la importancia de la integración sociolaboral de las personas drogodependientes, y qué dificultades presentan las mismas para conseguirla en Castilla y León. Tras haber llevado a cabo el mismo, se pueden señalar una serie de conclusiones o ideas.

En este apartado se recogen los aspectos fundamentales del análisis que se ha llevado a cabo a partir de la reflexión de los distintos documentos de estudios, programas... de inserción sociolaboral del colectivo drogodependiente. Estos vienen acompañados de conclusiones personales que me han ido surgiendo en el propio desarrollo del trabajo.

El proceso de inserción sociolaboral de un usuario drogodependiente es muy complejo. Para comenzar, no se tiene consciencia de un momento exacto para empezar dicho proceso, aunque normalmente se empieza cuando el usuario decide poner solución al problema que le acontece. Así mismo, se ha observado que la motivación personal de propio individuo, así como la consciencia de que tiene un problema, son dos factores que juegan un papel fundamental para conseguir sobrellevar la situación en la que se encuentra.

Los programas y recursos destinados a la atención de las drogodependencias, así como los profesionales que los llevan a cabo, juegan también un papel crucial. Actividades diarias, semanales, mensuales; coordinación con otros muchos recursos; seguimiento del proceso de inserción de cada uno de los pacientes. La labor profesional en estos centros especializados es importantísima, ya que puede marcar la evolución del proceso de inserción.

Teniendo en cuenta que, cada usuario tiene unas condiciones y características diferentes, el tiempo de duración del proceso de inserción depende de eso mismo. No existe un tiempo determinado. Si bien es cierto, que dependiendo del tipo de tratamiento que se tenga, puede ser que unos se prolonguen más que otros. Una visión relacionada con lo expuesto, es que diferenciando el tipo de tratamiento, debería de existir un periodo mínimo de tratamiento para todos los usuarios, y una vez superado el mismo, se acomodarían tanto a las actividades, como la propia actuación profesional a las propias características del usuario.

Atendiendo a la implicación que tienen las distintas áreas de los Servicios Sociales, se destaca como fundamental la del empleo, existiendo diversos programas para consolidar y llevar a cabo la misma. La tendencia actual en las actuaciones para la incorporación sociolaboral de las personas drogodependientes que se llevan a cabo en los Centros de Tratamiento en España, apuesta por la incorporación al mercado de trabajo normalizado. Debemos tener en cuenta que estas personas presentan perfiles diferenciados de empleabilidad, por esto, se hace necesaria la adaptación de servicios de inserción sociolaboral a las diferentes realidades.

Creo que también habría que tener en cuenta **el entorno** de estas personas para su inserción sociolaboral, es decir:

- Poseer un conocimiento de las características del contexto socioeconómico del usuario, del funcionamiento del mercado laboral, las oportunidades de empleo y de los sistemas de acceso.
- Potenciar la coordinación entre todos los agentes implicados en la inserción, desde el orientador, hasta la empresa contratante, pasando por los diferentes contextos familiares y de ocio de la persona. Fomentando así el trabajo en red.
- Favorecer el establecimiento de contactos y relaciones con el contexto sociolaboral inmediato, mediante la generación de acuerdos con entidades u organizaciones, con empresas, tanto para formación, como para la realización de prácticas o el empleo.
- Consolidar los logros obtenidos y la estabilidad del programa manteniendo una continuidad en el tiempo de las acciones emprendidas.

Otra de las conclusiones a las que he llegado al finalizar el trabajo, es que, apenas se contempla la variable de género en los programas de tratamiento con adicciones. Este creo que es un aspecto fundamental para llevar a cabo una buena intervención ya que, ambos sexos son distintos por lo tanto abarcan ámbitos distintos de intervención.

Se debería tener en cuenta, que existen estereotipos en los roles de género que siempre están presentes, tanto en el historial del pasado formativo y ocupacional, como en la inserción laboral que obtienen dichas personas durante el tratamiento.

Estos estereotipos, se plantean incluso desde los propios equipos de tratamiento en la orientación laboral que realizan. En este sentido se plantea la necesidad de romper esta tendencia ya desde los comienzos del planteamiento de inserción individualizado de cada usuario, profundizando en sus motivaciones y expectativas, trabajando sobre los prejuicios e ideas erróneas, a fin de establecer un plan de inserción lo más ajustado a la persona, sin basarse únicamente en los estereotipos (aunque estos tengan que tomarse en consideración como parte del análisis, ya que son parte de la realidad del mercado laboral).

En cuanto a la realidad de las mujeres respecto a sus hijos (asunción de mayor responsabilidad, mayor contacto con éstos que los hombres, etc), no se puede obviar, ni servir como justificación para una inserción laboral más limitada. Aquí adquiere importancia el iniciar este trabajo desde lo antes posible en el tratamiento, así como considerar la búsqueda de recursos alternativos de apoyo para las madres con hijos, iniciar una colaboración con recursos que ya existen, o incluso contemplar el crear algún tipo de recurso de apoyo dentro de la propia organización. Todo esto como medio para evitar las barreras de accesibilidad al tratamiento que pueden suponer para las mujeres la maternidad y el posterior cuidado de los hijos. Incluso el hecho de que estas mujeres estén embarazadas y la maternidad, podrían utilizarse como un elemento motivador para o dentro del tratamiento.

El escaso número de mujeres en los tratamientos es en sí mismo una variable que debe ser tomada en cuenta, sobre todo en la adaptación a las condiciones del mismo en los momentos iniciales, y especialmente en aquellos programas con régimen residencial. La convivencia con una gran mayoría de varones puede ser en sí misma una dificultad, especialmente para aquellas mujeres con un historial de relaciones conflictivas con los hombres.

Como conclusión final, se podría decir que, en el ámbito de la integración con personas drogodependientes, hay que seguir trabajando, ya que el fenómeno de la drogodependencia es uno de los más complejos y problemáticos de la sociedad actual.

Es importante intentar paliar e incidir en las dificultades que por parte de las organizaciones, instituciones, programas y de los profesionales existen.

Todo esto tiene que servir para buscar la plena integración, coordinación y desarrollo en todas aquellas esferas de la vida que afectan a la persona, para así hacer cada intervención individual y única, consiguiendo que el impacto creado sea transformador y produzca un cambio efectivo.

8. **BIBLIOGRAFÍA**

- Brown, H. and Smith, H. (Eds.) (1994). Journal of Community and Applied Social Psychology. (F. Cornish, Ed) London School of Economics and Political Science. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/casp.v4:1/issuetoc>
- Comisionado Regional para la Droga. (2007). Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Junta de Castilla y León. Disponible en: http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233181243/_/_/_
- Del Val, J. (2017). La integración laboral de drogodependientes en España (ámbito nacional, regional y local). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/eventos/taller2012/presentaciones/La%20integracion%20laboral%20de%20drogodependientes%20en%20Espa%C3%B1a.pdf
- Diario Oficial de la Unión Europea (2012) Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020. Resoluciones, recomendaciones y dictámenes. 2012. Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:es:PDF>
- Fundación Atenea. (2012). Inserción Sociolaboral. Disponible en: http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2010/10/1-F-A-EN-INSERCION-SOCIOLABORAL_ATENEA-INTEGRA-II.pdf
- Investigación: La inserción socio-laboral de las mujeres drogodependientes atendidas en Proyecto Hombre de Asturias.
- Jiménez Fernández, A. (2015). El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid. (Tesis Inédita). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Trabajo Social. Madrid, España.

- I Jornadas del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2005). La Integración Sociolaboral en Drogodependencias. Documentos técnicos de adicciones de la ciudad de Madrid. Libro de ponencias. Madrid: Instituto de adicciones.
- BOE (1988). Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León. BOE 8 marzo 1989, número 57/1989. Administración Pública de Castilla y León. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100DetalleFeed/1248367026092/Normativa/1216042354839/Redaccion>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1985). Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-5392>
- López-Martínez, A. (2005). Guía de buenas prácticas en los programas de Incorporación sociolaboral de las Entidades. UNAD.
- Manipur, A., Cars, G. y Allen, J. (1999). Guía para la inserción sociolaboral de drogodependientes. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Newcombe, R. (1995). La reducción de los daños relacionados con las drogas: un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación. Barcelona: Grup Igia.
- Observatorio Español de la droga y las toxicomanías (2015). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015. España. Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm>
- Palomo -Asensio, S. E. (2016). Análisis de la inserción sociolaboral del colectivo drogodependiente. (Trabajo fin de máster). Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social. Valladolid, España. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/20850/1/TFM-G%20600.pdf>
- Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales (1991). Real Decreto 1991/99, de 17 de diciembre.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (1999). Real Decreto 1906/1999, de 17 de diciembre, por el que se regula la contratación telefónica o electrónica con

condiciones generales en desarrollo del artículo 5.3 de la Ley 7/1998, de 13 de abril, de condiciones generales de la contratación. Ministerio de Justicia. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1999-24914

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1988). Real Decreto 783/1998, de 30 de abril. ORDEN de 24 de noviembre de 1998 por la que se regulan las funciones, composición y estructura del Consejo Asesor del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100DetalleFeed/1248367026092/Normativa/1216042354839/Redaccion>
- Sánchez Pardo, L. (2007). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Modelo de Gestión de los procesos de integración sociolaboral de la población drogodependiente en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Disponible en: http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233181243/_/_/_
- Sánchez, M. (2002). La integración sociolaboral de personas drogodependientes. Madrid: Cruz Roja Española: Disponible en: [Chttp://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/integracion_sociolaboral.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/integracion_sociolaboral.pdf)
- Servicio de Investigación Social (2011). Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas. Fundación EDE. Disponible en: <http://www.fundacionede.org/ca/informacion-estudios.asp>
- Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. (2005). Documento marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. Madrid: Unión de asociaciones y entidades de atención al drogodependiente, UNAD. Disponible en: <http://www.unad.org/>
- BOCYL (2005). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. V Plan sobre Drogas de Castilla y León 2005-2008. Comisionado Regional para la Droga. Decreto 60/2005, de 21 de julio, por el que se aprueba el V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León 2006.

