
LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES. PREMISAS DE INTERVENCIÓN

Manuel Rodríguez Álvarez
Centro de Día Cáritas de Salamanca, España

RESUMEN

Trabajar en clave social, de inserción, supone contemplar la persona en su integridad, potenciar su desarrollo armónico, primar no sólo la abstinencia, sino la mejora continua en aspectos clave de su vida, tanto en lo relativo al empleo, como en su capacidad de participación, de ampliar su red de relaciones sociales, relaciones más normalizadas fuera del contexto del consumo, e incrementar sus recursos psicológicos, para facilitar procesos de autonomía personal. La inserción debe comenzar desde el instante en que la persona inicia el proceso de cambio, sin perjuicio de que aspectos como la intermediación laboral, se aborden una vez finalizado el programa terapéutico. El cómo la sociedad acoga al excluido, va a condicionar que se facilite su integración, o por el contrario, su exclusión se convierta en crónica. Además de diseñar procesos individualizados de integración, es necesario trabajar para construir una sociedad más integradora.

Palabras clave: *integración, claves de intervención, intervención integral, responsabilidad social.*

Correspondencia:

Manuel Rodríguez Álvarez. Centro de Día Cáritas de Salamanca. C/ San Claudio, nº 16. 37007 – Salamanca.

ABSTRACT

Working in the social area, in the inclusion, means focusing on the person, promoting an armonic developement, not only promoting abstinence but the continuous improvement about key aspects of her life, related to employment, participation capacity, social support, healthy relations, psychological resources,... Every intervention has an unique objective: helping the personal autonomy. When the person begins the deshabituation process the Sociolabour itinerary has to begun as well, although some aspects like laboral mediation will be delayed until the end of the therapeutical programme. How the society includes excluded people, is going to facilitate the integration process or, on the oppposite side, will turn it into in a permanent exclusion situation. Appart from the design of integration individualized process we have to work as well for the construction of a new society model, a more inclusive society.

Key words: *integration, intervention criteria, global intervention approach, social responsibility.*

1. INTRODUCCIÓN

Hoy día existe un amplio consenso en la comunidad científica a la hora de entender la drogodependencia, en particular, y las adicciones en general, como un fenómeno complejo, cambiante y muy dinámico, que presenta múltiples caras. Tanto en la génesis como en el mantenimiento de la adicción, confluyen factores personales, familiares, educativos, sociales, políticos... que originan diversos perfiles de adictos en función del estilo de consumo, de la sustancia consumida, de la desestructuración personal, de la exclusión asociada en ocasiones, etc...

Tradicionalmente, la intervención en drogodependencias, se ha centrado en la asistencia, desde una orientación de carácter básicamente médico psiquiátrico. En este aspecto de la intervención, el desarrollo ha sido muy significativo, y aunque es necesario continuar avanzando, actualmente se ofrece una amplia gama de ofertas terapéuticas, tanto desde la orientación de programas libres de drogas, como desde la filosofía de reducción de daños, donde prima por encima de todo, el aumento de la calidad de vida de las personas. Así han surgido una amplia gama de recursos que conformar la red asistencial del Plan Nacional Sobre Drogas: Comunidades Terapéuticas, Centros de Tratamiento ambulatorio, Programas de metadona, Centros de Día, Centros de Emergencia social, etc.

Este amplio desarrollo de recursos a nivel asistencial, ha tenido por el contrario, la consecuencia de dejar relegados a un segundo plano, tanto los programas de prevención, como las diversas iniciativas que persiguen la inserción o integración social de drogodependientes. En la mayoría de los programas de tratamiento, la integración sociolaboral se ha dejado para el final, como una última fase de la intervención (la mal llamada “fase de reinserción”), cuando la supuesta enfermedad estaba ya “curada”. Nuestro planteamiento, pasa por adoptar una perspectiva más integradora, que desde la dimensión social, aglutine y reoriente las intervenciones médicas, psicológicas y judiciales y sitúe la intervención en integración sociolaboral desde el mismo momento en que se inicia el tratamiento.

En este artículo trataremos de dar respuesta a cuestiones, tales como el concepto de integración social, las áreas que abarca, los niveles de intervención según los diferentes tipos de perfiles de adictos y las características de cada uno de ellos en cuanto que condicionan el trabajo en integración social, así como las claves a tener en cuenta, a la hora de intervenir a este nivel, para terminar con una conclusión final.

2. CONCEPTO DE INCORPORACIÓN SOCIAL, INTEGRACIÓN O INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Aunque en distintos foros, la definición de estos conceptos ha suscitado cierta polémica, en este artículo los vamos a considerar como sinónimos, pues no es nuestro objetivo, la pureza conceptual, sino captar las implicaciones que los mismos tienen para el trabajo del día a día. Así, atendiendo a la definición que plantea Sánchez Delgado en la guía para la integración laboral de drogodependientes de la Junta de Castilla y León (1999), pag13, la integración social sería: “La mejora del grado de autonomía personal y de participación social del individuo en su entorno, como sujeto de derechos y deberes. Por tanto, la inserción social de la persona drogodependiente, va a exigir, por un lado una intervención integral que incida en los distintos planos de la persona: salud, consumo, vivienda, ingresos, red social y familiar, recursos familiares y psicológicos, situación legal y formación y empleo, por un lado y por otro, una actuación sobre el entorno social que ha excluido al drogodependiente y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle el acceso.”

Por su parte la UNAD, en su Documento n° 3 (1995) define el proceso de incorporación social, como *"Todas aquellas acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno."*

En cualquier caso, probablemente si se nos pregunta, no tengamos excesivas dificultades en asumir como propia estas formas de entender la inserción. Pero, hemos de ser conscientes de la trascendencia de semejantes afirmaciones a la hora de planificar la intervención en inserción sociolaboral de drogodependientes.

Tradicionalmente en la intervención en drogodependencias, ha primado por encima de todos, el modelo médico- psiquiátrico, y la consecuencia inmediata de ello, ha sido, reducir la intervención al ámbito de la enfermedad, de la presencia o ausencia de síntomas, de forma que el parámetro de éxito o fracaso en los tratamientos quedaba ligado exclusivamente a la abstinencia en el consumo. Además y de forma paralela, se han consolidado determinados discursos sociales y estereotipos que reducen a los drogodependientes a enfermos, delincuentes o víctimas de nuestro injusto sistema social. La consecuencia lógica de esta forma de entender la drogodependencia, ha sido potenciar los tratamientos farmacológicos ambulatorios, la respuesta policial y penal y el tratamiento en centros residenciales alejados del medio donde reside la persona afectada por esta problemática. Como podemos imaginar, en cualquiera de estos casos, la intervención en el ámbito de inserción, quedaba relegada a un segundo plano, al tiempo que se centraba casi exclusivamente en lo relativo al área laboral, pero siempre como la última fase del proceso.

Por el contrario, trabajar en clave social, en clave de inserción, supone contemplar a la persona en su integridad, potenciar su desarrollo armónico, primar no sólo la abstinencia, sino la mejora continua en aspectos clave de su vida, tanto en lo relativo al empleo, como en su capacidad de participación, de ampliar su red de relaciones sociales relaciones más normalizadas, fuera del contexto del consumo e incrementar sus recursos psicológicos, para facilitar procesos de autonomía personal, entre otros aspectos clave. Todo este trabajo, además, debe discurrir paralelo al proceso terapéutico, de forma que la inserción comience desde el mismo instante en que la persona decide iniciar el proceso de cambio, sin perjuicio de que efectivamente aspectos como la intermediación laboral, se aborde una vez finalizado el programa terapéutico.

3. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Desde esta visión integral de la persona, se impone un planteamiento de trabajo, que aborde todas las dimensiones que entran en juego a la hora de definir la integración sociolaboral. En este sentido, tomamos como referencia el análisis que a este nivel hace la guía de integración sociolaboral de drogodependientes del Plan Regional de Drogas de la Junta de Castilla y León, que establece las siguientes áreas de trabajo: Salud, Consumo, Vivienda, Ingresos, Red social y familiar, Recursos personales y psicológicos, Situación Legal y Formación y empleo.

A continuación realizamos una somera descripción de los principales objetivos y actividades que se pueden incluir en cada área en el momento de diseñar el itinerario de inserción

— **Salud**

Seguimiento médico, educación para la salud, reducción de daños, programas de prevención.

— **Consumo**

Verificar su proceso terapéutico. Coordinación constante con el equipo de tratamiento.

— **Vivienda**

Facilitar el acceso a una vivienda digna, en aquellos casos en que se carece de vivienda propia. Programa de “habilidades para la vida” (cocina, realizar la compra, lavado, planchado, economía doméstica...).

— **Ingresos**

Tramitar ayudas, trabajar el autocontrol del dinero.

— **Red social y familiar**

Potenciar el desarrollo o la creación de redes sociales normalizadas, mediante la intermediación con Asociaciones ONG, Voluntariado. Potenciar las relaciones familiares. Trabajar el aprovechamiento del tiempo libre.

— **Recursos personales y psicológicos**

Trabajar el incremento de las habilidades sociales, la autonomía personal, la tolerancia la frustración y la resolución de conflictos.

—**Situación legal**

Asesoría jurídica.

—**Formación y empleo**

Diseñar el itinerario de inserción laboral, donde cabe acciones formativas, tanto normalizadas como específicas según los casos, iniciar procesos de orientación laboral, intermediación con empresas y seguimiento en el puesto de trabajo. Para aquellas personas que no puedan incorporarse al mercado productivo, tendremos que crear otro tipo de recursos en línea de rentabilidad social.

4. NIVELES DE INTERVENCIÓN

En integración, hemos de plantear la intervención con la suficiente flexibilidad, como para dar cabida a objetivos de diferente nivel, desde los mínimos, pasando por los intermedios, hasta plantearnos objetivos más definitivos. Hemos señalado en la introducción, como en función de distintos factores sociales, personales y políticos...nos encontramos ante diferentes tipos de adictos. Pues bien, en coherencia con este hecho, no podemos caer en el error de pretender soluciones tipo “café para todos” (todos el mismo grado de inserción, y por tanto el que no llegue al nivel establecido, no se puede hacer nada con él), pero tampoco, podemos dejar de creer en el drogodependiente como una persona capaz de alcanzar altos grados de incorporación social.

La guía de inserción de la Junta de Castilla y León, antes citada, establece tres tipos de perfiles de drogodependientes en procesos de inserción.

Estos perfiles están inspirados en las categorías descritas por Robert Castell, en su estudio sociológico sobre los procesos de exclusión social. Castell concluye, que en la sociedad actual podemos encontrar tres zonas:

1. **La zona de integración** (cuando aún existe un trabajo estable y las relaciones familiares son sólidas).
2. **La zona de vulnerabilidad** (cuando aparece la inestabilidad laboral o la relacional y una débil protección social).
3. **La zona de exclusión** (cuando se produce un aislamiento progresivo y la salida del mercado de trabajo) (Castell, 1992).

Si reflexionamos sobre estas franjas sociales, lo primero que nos resultará evidente desde la experiencia de nuestra intervención social, es que los límites de cada zona no son rígidos en absoluto, sino que es posible transitar desde la zona de integración a la de exclusión y por supuesto (en realidad ese es el objetivo de nuestra intervención), realizar el camino inverso, avanzando desde la zona de exclusión hasta la de integración. Estos ámbitos están conectados entre sí como los vasos comunicantes, de tal forma (y esto es muy importante tenerlo en cuenta a la hora de planificar la intervención), que toda actuación en la zona de riesgo o vulnerabilidad, puede contribuir a mejorar las condiciones de las otras dos zonas. Por tanto los planteamientos de intervención, deben hacerse desde un punto de vista integrador.

En el caso concreto de las personas con problemas de adicción, podemos distinguir, siguiendo la teoría de Castell, tres tipos de perfiles:

Perfil tipo 1 (Integración):

Mantienen tratamientos consolidados, con abstinencia de consumo de al menos 6 meses. En general no son usuarios de la red de Servicios sociales, si los utilizan, serán servicios sociales normalizados. Su red social, está formada por personas no consumidoras. En integración sociolaboral, los objetivos a desarrollar, pasan por la orientación, la información y el seguimiento. Dado que su grado de autonomía es alto, pueden acceder a los servicios normalizados de empleo. Su nivel de empleabilidad es media alta.

Perfil tipo 2 (Vulnerabilidad)

No tienen interiorizada la idea de la abstinencia. En cuanto a los patrones de consumo, desciende el de heroína y cocaína, pero aumenta el de alcohol y benzodiacepinas. Mantienen una relativa independencia con respecto a la red de servicios sociales básicos. Su red social, básicamente está compuesta por personas drogodependientes en tratamiento. Los objetivos en integración pasan por prevenir el retroceso al nivel 3 y apoyar el avance al nivel 1 (objetivos a medio plazo). Dado su menor grado de autonomía y su escasa motivación, debemos establecer itinerarios individualizados de integración con un seguimiento intensivo. Precisan de recursos específicos, aunque en la medida de lo posible, se les orientará a utilizar los recursos normalizados. Su nivel de empleabilidad es media baja

Perfil tipo 3 (Exclusión)

Mantienen un consumo activo y elevado de una o varias sustancias, con conductas de alto riesgo, como sobredosis, transmisión de enfermedades... Son usuarios permanentes de recursos sociales, demandando la cobertura de sus necesidades básicas. Su red social está formada por consumidores y usuarios de programas de metadona. En integración los objetivos se plantean a priori a más largo plazo, aunque se debe garantizar unas condiciones de vida mínimamente dignas y reducir los riesgos, aumentando su calidad de vida. No poseen habilidades necesarias para el comienzo del itinerario, deben comenzar con acciones formativas muy básicas. Dificil empleabilidad, que se ve incrementada por su apariencia física, que les señala como excluidos.

En cualquier caso, como es fácil comprender, no podemos encasillar a las personas al 100% en un nivel concreto, sino que pueden compartir características de cada una de las zonas, aunque en un porcentaje significativo encaje mejor en un nivel concreto. Esto implica, por un lado la necesidad de diseñar intervenciones integradoras, y por otro potenciar que sea la propia persona la que marque el ritmo y los objetivos del proceso inserción, contando eso sí con el apoyo de los profesionales “trabajadores de lo social” voluntarios y demás agente sociales

Tabla 1
Perfiles de situación sociolaboral a partir de la guía para la gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes (Ssarsa, 2007)

	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3
CARACTERÍSTICAS GENERALES	❖ No son los usuarios de la red de Servicios Sociales, si los utilizan serán Servicios Sociales normalizados.	❖ Independencia relativa con respecto a la red de servicios. ❖ Precariedad y vulnerabilidad.	❖ Subsistencia: Demanda de cobertura de necesidades básicas. ❖ Usuario permanente de recursos.
OBJETIVO BÁSICO	❖ Mantenimiento y promoción. ❖ Apoyo en el proceso de inserción.	❖ Prevenir el retroceso al Nivel 3 y apoyar el avance al Nivel 1. ❖ Garantizar atención básica y condición de vida digna. ❖ Estabilizar los procesos de intervención. ❖ Objetivos a medio plazo.	❖ Garantizar una atención básica y unas condiciones de vida mínimamente dignas. ❖ Reducir riesgo. Itinerario + intensivo con mayor apoyo y seguimiento. ❖ Objetivos a priori a más largo plazo.
ACCIONES A DESARROLLAR	❖ Orientación, información y seguimiento.	❖ La red social y familiar área prioritaria a intervenir y reforzar. ❖ Acompañamiento personalizado a cada participante. ❖ Refuerzo de habilidades personales	❖ Análisis de necesidades y potencialidades. Reforzar recursos personales: formación prelaboral. ❖ Actividades grupales. ❖ Restaurar contactos familiares y diversificación de la red social.

SALUD	❖ Buena situación clínica y seguimiento médico adecuado en casos necesarios. (VIH, hepatitis, depresión,...)	❖ Diagnóstico de enfermedades físicas y ❖ psíquicas en tratamiento. ❖ Altibajos en tratamientos médicos por recaídas en el consumo. ❖ Relativo reconocimiento de las enfermedades.	❖ Fuera de atención sanitaria primaria, situación de grave deterioro físico y psicológico, minusvalía. ❖ Frecuentes ingresos hospitalarios. Tratamientos de metadona de bajo umbral.
CONSUMO	❖ Tratamientos consolidados con abstinencia de consumo de al menos 6 meses.	❖ No interiorizada la idea de no consumo aunque con patrones de consumo distintos, desciende heroína y cocaína, pero aumenta el consumo de alcohol y benzodiacepinas.	❖ Consumo activo y elevado de una o varias sustancias. ❖ Conductas de alto riesgo: sobredosis, transmisión de enfermedades, etc.

	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3
VIVIENDA	❖ Alojamientos estables.	❖ Recursos propios (domicilio familiar, habitaciones alquiladas, pensiones, ...) aunque son inestables.	❖ Personas sin hogar. ❖ Casas abandonadas, locales ... en general infraviviendas. ❖ Usuarios de albergues.
INGRESOS	❖ Con ingresos estables aunque no sean propios. ❖ Capacidad de administración.	❖ Con frecuencia sin recursos y de existir (familiares, subsidios de desempleo, excarcelación, PNC, IMI,...) mala administración y endeudamiento. ❖ Procedencia irregular organizada. ❖ Trabajos precarios y en economía sumergida.	❖ Procedencia irregular: mendicidad no organizadas, delincuencia, prostitución. ❖ Preceptores de PNC. ❖ Sin capacidad de administración.
RED SOCIAL Y FAMILIAR	❖ Buena red social y familiar con apoyo adecuado. ❖ Manejo de tiempo libre correcto con intereses por explorar nuevos campos de ocio. ❖ Capacidad de asunción de normas de convivencia y responsabilidades (higiene, horarios, cooperación, ...)	❖ Desarraigo social, familiar y comunitario. ❖ Relaciones frágiles con posibilidad de intervención. ❖ Acompañamiento familiar frente apoyo: mayor presión que en otros niveles. ❖ Relaciones sociales dentro del ambiente de consumo que favorece la mala utilización del tiempo libre. ❖ Mayor estabilidad en las parejas.	❖ Desarraigo social, familiar y comunitario. ❖ Relaciones familiares inexistentes salvo contactos puntuales utilitaristas. ❖ Redes de riesgo que favorecen el mantenimiento de actitudes marginales.

	PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3
RECURSOS PERSONALES Y PSICOLÓGICOS	❖ Habilidades sociales y laborales adecuadas. ❖ Motivado para la realización del tratamiento y modificación de conducta. ❖ Con esperanza en el futuro.	❖ Cierta recuperación de habilidades sociales laborales que de salud (mayor tolerancia a la frustración, a la crítica, higiene personal, etc.) ❖ Dependencia emocional. ❖ Pérdida de confianza en la recuperación, resistencia al cambio	❖ Falta de habilidades sociales, laborales y de salud (baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y desesperanza, sentimiento de soledad, búsqueda de satisfacción inmediata.) ❖ Vacío emocional
SITUACIÓN LEGAL O JURÍDICA	❖ Pueden tener condenas cumplidas.	❖ Causas judiciales pendientes, en algunos casos con condenas cumplidas.	❖ Con causas judiciales, con condenas cumplidas. ❖ Indocumentados.
FORMACIÓN Y EMPLEO	❖ Se plantea mejorar vital, especializaciones, dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzos a su proceso de inserción. ❖ Experiencia laboral previa, más estable. ❖ Buen Currículum Vitae.	❖ Pobre Currículum Vitae y experiencia laboral diversificada, pero con contratos precarios (catálogo de actividades).	❖ Valor instrumental del empleo. ❖ Aspiraciones poco realistas. ❖ Paro de larga duración. ❖ Bajo nivel de estudios y sin capacitación profesional. ❖ Trabajos esporádicos sin cualificación profesional.

5. PREMISAS PARA LA INTERVENCIÓN EN INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL

Una vez dibujado el marco conceptual de la integración, analizadas las diferentes áreas de intervención y tras haber profundizado en los diferentes tipos de perfiles que nos encontramos en nuestra práctica diaria, nos disponemos a reflexionar sobre algunas pautas básicas a la hora de planificar procesos de integración sociolaboral de drogodependientes.

Comenzaremos destacando algunos de los errores más frecuentes, que a nuestro juicio, se comenten a la hora de iniciar procesos de integración sociolaboral, para a continuación, exponer algo así, como el manual de buenas prácticas, las claves de intervención.

Errores más frecuentes

- Identificar la integración exclusivamente con el área laboral, obviando la intervención en áreas tan importantes como la relacional, la sanitaria, las de recursos personales...
- Plantear la intervención en inserción a posteriori, cuando la enfermedad de la adicción, supuestamente, ya esté vencida.
- Trabajar la inserción solamente con los drogodependientes de perfiles 1 ó 2, excluyendo a los del perfil 3, por creer que son "recalcitrantes, inempleables, que con ellos no se puede hacer nada".
- Centrarse en las carencias o en las dificultades y obviar las capacidades y potencialidades de la persona.

Claves para la intervención

1. Trabajamos con personas

Trabajar desde la óptica de la incorporación social, supone en primer lugar algo que a primera luz parece obvio, pero que en la realidad no lo es tanto, y es entender que los drogodependientes son antes que nada *personas* por encima de etiquetas o prejuicios. Personas con deberes, pero también con derechos y con una problemática asociada que requiere de programas que aborden de forma integral sus necesidades.

2. Personas de referencia

“Nadie se recupera, sin alguien cercano a quien le importe la recuperación”. Jaime Funes, “Drogodependencias e inserción sociolaboral .Propuestas para pensar y actuar.” (Plan Nacional sobre drogas, 1991, p. 31). Los drogodependientes en proceso de inserción, precisan de personas de referencia, de personas con caras y ojos, de “trabajadores de lo social”, del apoyo familiar, de voluntarios que guíen su proceso, que hagan de colchón ante las dificultades del camino, que apoyen, que sean referencia y faciliten la creación y ampliación de redes sociales normalizadas.

3. Abordar la integración desde el inicio del proceso terapéutico

Trabajar la mejora de los aspectos sociales, constituye la base sólida sobre la que se asienta el proceso de rehabilitación. Por tanto la inserción no la podemos dejar para el final cuando “la enfermedad” ya esté vencida. Comienza desde el mismo momento en que la persona se pone en tratamiento, con el diseño de un plan de inserción integral con objetivos de trabajo en todas las áreas.

4. Personalizar los itinerarios de inserción

A la hora de diseñar itinerarios de inserción, dos son las cuestiones a tener en cuenta: Por un lado, que sean itinerarios personalizados, en el sentido de individuales, particulares, propios de cada persona en función de sus circunstancias concretas; y por otro lado que no sean itinerarios unidireccionales, sino que nazcan de una negociación entre el interesado y el Equipo de profesionales. De esta forma conseguiremos la implicación de la persona en su proceso de integración.

5. Perseguir la autonomía personal

El objetivo fundamental del itinerario, siguiendo la definición propuesta por la UNAD es *“facilitar y posibilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno.”*

6. Potenciar las capacidades y habilidades

Dejar a un lado las carencias y centrarse en desarrollar las potencialidades que toda persona tiene, como forma de aumentar la autonomía.

7. Utilizar preferentemente los recursos normalizados de la comunidad

Esta será la norma ideal, pero en función del tipo de perfil definido, no podemos descartar la necesidad de recurrir a recursos específicos, a la discriminación positiva, dadas las situaciones de clara desventaja de que parten algunas de estas personas. En cualquier caso, se tratará de trabajar desde la complementariedad.

8. Proceso gradual con avances y retrocesos

No podemos identificar la inserción como una fase más del proceso terapéutico, pues en sí misma es un proceso con sus altibajos, con sus avances y retrocesos, donde tan importante es el itinerario, como la meta final.

9. La inserción laboral

Es un aspecto más a trabajar, si bien no podemos dejar de reconocer el papel fundamental que el tener un puesto de trabajo juega a la hora de facilitar los procesos de integración social. Tiene como objetivo fundamental, aumentar la empleabilidad del individuo. Comparte idénticos principios de actuación que los planteados en la integración social.

10. Complementariedad de la intervención terapéutica y de integración

Hemos dicho que deben coincidir en el tiempo, pero no deben solaparse, sino buscar la complementariedad. Ello implica que los profesionales que aborden ambas intervenciones, tengan una comunicación muy fluida.

11. Se puede y se debe trabajar con todos los tipos de perfiles, incluidos los “inempleables”

La mayor dificultad nos la plantearán las personas de la franja de exclusión, pero es ahí donde debemos ser muy creativos en nuestra

intervención, marcar unos objetivos realistas y tener claro en determinados perfiles no va a ser posible una actividad productiva, pero debemos intentar otras alternativas en línea o tan mercantilista, sino más bien de rentabilidad social.

12. Índice de éxito

El éxito está ligado al grado de cambio, de aumento en autonomía que experimentan las personas en base al plan individualizado de inserción planteado de forma integral en todas las áreas. Sería muy pobre y dejaría fuera el trabajo en aspectos básicos de la vida diaria de las personas, si solamente entendiéramos por éxito el número de personas que encuentran un empleo.

6. CONCLUSIONES

Para finalizar, pensamos que a la sociedad como tal, le corresponde también un papel fundamental para facilitar los procesos de integración social de los drogodependientes, en particular, y de los excluidos en general. Que duda cabe, que el cómo la sociedad acoja al excluido, al diferente, va a condicionar que se facilite su integración o por el contrario la exclusión se convierta en crónica. Además de trabajar la integración sociolaboral de los drogodependientes, es necesario trabajar para construir una sociedad más integradora. La intervención en integración, no acaba pues, con el diseño y ejecución de planes individualizados de inserción, sino que existe una responsabilidad profesional y personal en sensibilizar y propiciar cambios estructurales para evitar procesos sociales crónicos.

REFERENCIAS

- Baulenes, G., y Tornamorell, W. (1999). *¿Es posible la integración?* Barcelona: Grup Igia.
- Carmona, A. (1995). *Incorporación sociolaboral de drogodependientes. Dificultades y alternativas*. Documento nº 3. Madrid: UNAD.
- Carmona, A. (1999). *Incorporación sociolaboral de drogodependientes. Nuevas alternativas*. Documento nº 8. Madrid: UNAD.

- Castell, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario*. Buenos Aires: Paidós.
- García, M. y López, J. A. (2002). *La integración sociolaboral de personas drogodependientes: propuestas y puesta en práctica de un modelo*. Madrid: Ediciones Cruz Roja.
- Funes, J. (1991). *Drogodependencias e inserción sociolaboral. Propuestas para pensar y actuar*. Madrid: Ediciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez, L. E. (2005). *Guía de buenas prácticas en los programas de incorporación sociolaboral de UNAD*. Madrid: Ediciones UNAD.
- Sánchez, F. M. (1999). *Guía para la inserción sociolaboral de drogodependientes*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Editorial.
- Ssarsa, G. (2007). *Guía para la gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

(Recibido/received: 20-03-07; aceptado/accepted: 30-04-07).