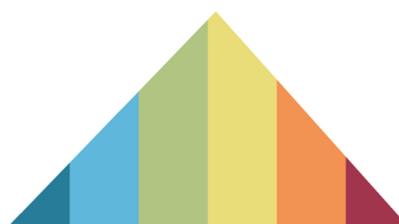


**LA INTEGRACIÓN SOCIO LABORAL  
EN LOS CENTROS DE DÍA DE  
POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE**

**Un estudio realizado por la  
FUNDACIÓN ATENEA/Junio 2012**





# LA INTEGRACIÓN SOCIO LABORAL EN LOS CENTROS DE DÍA DE POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE

Junio 2012

Fundación  
Atenea

Estudio elaborado por el  
Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo  
de la Fundación Atenea.



# ÍNDICE

## Contenido

Contenido .....	3
Introducción: .....	4
El concepto de integración.....	5
DE LA EXCLUSION LABORAL A LA EXCLUSION SOCIAL. ....	7
SOBRE LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL.....	11
Un repaso a la actual situación del mercado de trabajo en España.....	20
El autoempleo como herramienta de integración sociolaboral.....	24
La evolución de los centros de día: de recursos ocupacionales a la integración socio laboral de las personas drogodependientes.....	26
Los centros de día de atención a personas drogodependientes, hoy:.....	31
1. Centro de día: desde la tendencia asistencialista-terapéutica a la tendencia formativo-laboral. ....	31
2. Qué son Centros de Día para personas drogodependientes: según CCAA.....	42
3. Los Centros de Día en la red de atención a drogodependencias:.....	47
El itinerario en los centros de día. ....	50
Sobre los profesionales:.....	56
Sobre las personas usuarias del centro de día:.....	58
PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS CENTROS DE DÍA.....	62
RETOS: .....	64
CONCLUSIONES .....	67
ANEXOS.....	75
METODOLOGÍA .....	75
BIBLIOGRAFIA .....	81



## **Introducción:**

La idea original de Centro de Día para adictos preveía básicamente una intervención reeducativa basada en talleres de aprendizaje en la que se adquirirían destrezas profesionales, pero sobre todo hábitos ordenados de vida, actitudes responsables con el objeto de reforzar la personalidad y diseñar un proyecto de vida consistente. (Comas 2004).

A partir de esa idea se desarrollan en España una multiplicidad de modelos de Centros de Día, que como bien señala D. Comas, en su estudio no tienen en común ni siquiera su nivel de dependencia institucional.

No todas las comunidades autónomas cuentan con Centros de Día y de hecho, algunos centros son de dependencia provincial o municipal. Esto facilita enormemente la disparidad no sólo de actividades sino de objetivos de este tipo de recursos.

El objetivo del presente estudio es realizar un retrato de la situación de los diferentes centros de día en España, en función de su actividad, red de pertenencia de tal manera que podamos identificar sus potencialidades y retos de futuro.

Para ello se ha contado con la colaboración de ASECEDI que agrupa a buena parte de los centros de día bajo una definición común. Pero el llamamiento a la participación y la recopilación de fuentes secundarias se ha ampliado a todo tipo de centros con esa denominación en el territorio nacional.



## El concepto de integración

La exclusión social es un concepto que va más allá de la ausencia de ingresos económicos necesarios. La exclusión social es un fenómeno multidimensional que afecta a las personas más allá de lo económico y dificulta su participación en la sociedad.

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

- Dimensión estructural o económica: relativa a exclusión del mercado de trabajo que conlleva desequilibrio de la renta, y desprotección social (estás fuera de la estructura social normalizada)
- Dimensión contextual o social: disociación de vínculos sociales y debilitamiento del entramado relacional.
- Dimensión subjetiva o personal: ruptura de la comunicación, debilidad de la significación y erosión de dinamismos vitales (confianza, identidad)

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

Las personas drogodependientes presentan a menudo situaciones de exclusión social, por un lado porque la propia relación con la sustancia provoca o agrava variables de exclusión social existentes con anterioridad, por otro porque la sociedad cuenta con mecanismos de estigmatización de la persona drogodependiente<sup>1</sup> que llevan a su exclusión. Es decir, el consumo de drogas puede ser tanto uno de los factores de exclusión como una de las consecuencias de la exclusión social.

El proceso de exclusión e invisibilidad social tiene que ver con el consumo de

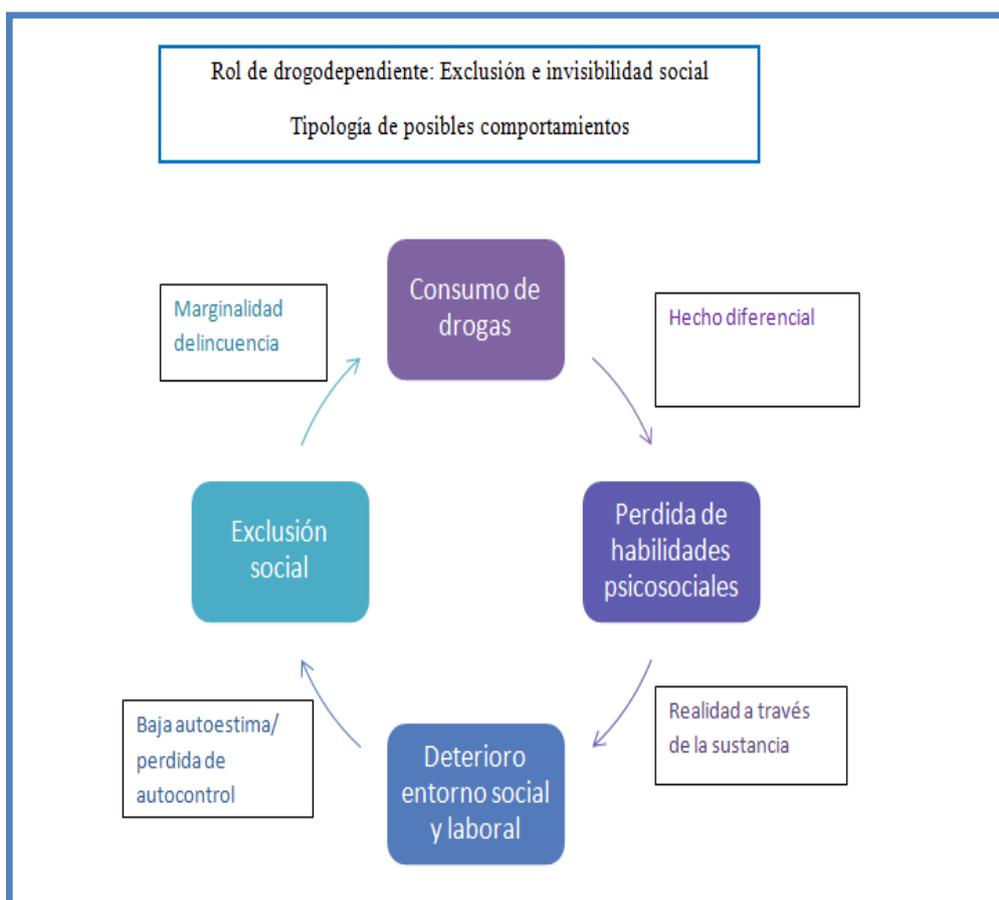
---

<sup>1</sup>Proceso de la construcción de un enigma: La exclusión social del drogodependiente Fco. Javier Rubio Arribas



sustancias visibilizado como hecho diferencial con el resto de la sociedad, sobre todo cuando el consumo se vuelve abusivo. Este consumo provoca una pérdida de habilidades sociales y una percepción de la realidad mediatizada por la sustancia y una percepción social de la persona consumidora basada en el hecho del consumo de la sustancia. Esto provoca un deterioro de la red social, lo que provoca que no se cuente con el apoyo social que permita mitigar el efecto de las variables de exclusión social.

### GRÁFICO 1



[fuente: Adaptación propia de gráfico Rubio Arribas, F.J.]

Este proceso no es ni inevitable, ni lineal y tampoco es irreversible. Los recursos de la red de drogodependencias tratan continuamente de frenar el círculo o invertir su funcionamiento, sin embargo no es tarea fácil.

Como señala Alfonso Arellano (2012) “Para hacer el esfuerzo de integrarse en una sociedad en la que de partida se está en una situación de desventaja hay que metabolizar un pasado adverso y ser capaz de imaginar un futuro distinto, de tal



manera que el pasado condiciona el presente pero no cierra el futuro”<sup>2</sup>.

A continuación abordaremos con mayor detenimiento los factores de exclusión presentes en la trayectoria de las personas drogodependientes y las iniciativas encaminadas a la reintegración de los mismos.

### ***DE LA EXCLUSIÓN LABORAL A LA EXCLUSIÓN SOCIAL.***

Deben tenerse en cuenta dos conceptos concretos para introducir la realidad del estudio: pobreza y desigualdad, para llegar al escenario de exclusión. Pobreza es la carencia de recursos por parte de un individuo para alcanzar a cubrir sus necesidades, es decir, parece una definición más vinculada a la individualidad y a lo económico; en cambio cuando hablamos de desigualdad ya se parte de la existencia de dos partes, una de las cuales se encuentra en peores condiciones que la otra; existe ya, podemos indicar, una comparativa de situaciones. Y ahí es donde nace la idea de exclusión social, porque parte de la realidad de la existencia de desigualdad, de dos partes, por lo tanto es un concepto que va más allá del escenario de pobreza.

Según se indica en el documento marco de la UNAD<sup>3</sup>, pobreza es la “dificultad o imposibilidad de acceso a los bienes y servicios propios del nivel medio de bienestar de una determinada sociedad” y la exclusión social es la “imposibilidad o incapacidad para ejercer los derechos sociales, fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el derecho a la educación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna y al acceso a un régimen de prestación social.”

Exclusión es un término que empezó a utilizarse a fines del siglo XX para referirse a todas las personas que se encuentran fuera de las oportunidades que ofrece pertenecer a una ciudadanía plena de derechos<sup>4</sup>. De esta manera se establecen dos mundos, dos partes, como hemos evidenciado: el mundo de la ciudadanía y el de las infraclases; la exclusión social hace referencia a esos procesos sociales que generan esa doble condición ciudadana. Y muy relacionado con la cuestión de la ciudadanía se encuentra la cuestión de los derechos ciudadanos, que se establecen a su vez porque existen unas necesidades humanas a solventar. Precisamente, el concepto de

---

<sup>2</sup> Arellano, A. Coaching para adictos.

<sup>3</sup> Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD. 2005

<sup>4</sup> Tezanos, José Félix (ed.) Tendencias en desigualdad y exclusión social. Editorial Sistema.2004



ciudadanía es lo que da su razón de ser a la integración sociolaboral, y su objetivo debe centrarse no sólo en la lucha contra la exclusión sino en la recuperación de la ciudadanía y, es más, en la creación de un nuevo modelo de ciudadanía más igualitario. Se trata de dar el paso y convertirse de “individuos inempleables” a “ciudadanos empleables”.<sup>5</sup>

<<En lo que a la orientación sociolaboral y la intervención social conviene este concepto es porque puede desvelar nuevas realidades en las que intervenir, permite redefinir los problemas sociales desde otra óptica y puede facilitar la unificación de criterios para la intervención>> [Orientación Sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica basada en la intervención con personas en riesgo de exclusión. Fundación Tomillo. 2003]

Los elementos clave para que una persona pueda ser considerada como ciudadana y pueda desarrollarse como persona, es decir, para que se pueda considerar como persona integrada socialmente, son:

- Tener cubiertas sus necesidades básicas, que le permitan unas condiciones de vida dignas en el ámbito de vivienda, salud, educación y recursos económicos mínimos garantizados.
- Tener un sistema de relaciones adecuado que le permitan desarrollar vínculos afectivos y por tanto le permitan sentirse parte de la comunidad.
- Poder desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente: poder participar de los espacios culturales y de ocio de la comunidad y también de las funciones de producción.”<sup>6</sup>

Fiona Williams (1998)<sup>7</sup> señala los tres cambios de foco de atención que implica el concepto de exclusión social:

\_ de centrarse en el ingreso y el gasto a centrarse en la multidimensionalidad. La exclusión social no puede reducirse a la carencia de medios económicos, sino que es efecto de una combinación de factores.

---

<sup>5</sup> Orientación Sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica basada en la intervención con personas en riesgo de exclusión. Fundación Tomillo. 2003

<sup>6</sup> García i Nogueroles, Juan Miguel. La integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias. Aposta, revista de ciencias sociales. 2007.

<sup>7</sup> Williams, Fiona: (1998) “Agency and Structure Revisited: Rethinking Poverty and Social Exclusion” en M. Barry y C. Hallet.



\_ de una visión estática de la pobreza como estado a un análisis dinámico de la exclusión como proceso. El verbo de la exclusión social no es el “ser” sino el “estar”: se está en situación de exclusión social como consecuencia de una trayectoria, la cual, por su condición de transitoriedad, es transformable y reversible.

\_ de centrada en el individuo a centrada en la comunidad y, por tanto, de centrada en la intervención individual a centrada en el empoderamiento de las comunidades.

Como indica Tezanos<sup>8</sup> el concepto de exclusión es estructural, es dinámico, y aglutina tres dimensiones, una dimensión cultural que se refiere a las vivencias sociales que implican apartarse de los estándares predominantes de una sociedad y su cultura; una dimensión económica, que sí englobaría aquellas cuestiones más vinculadas con la pobreza monetaria (que es la idea más generalizada y conocida de lo que supone la pobreza); y por último una dimensión de carácter más histórico, que procede del concepto de alienación definido por Hegel y Feuerbach, aunque más trabajado por Marx, y que se refiere a procesos históricos específicos que generan la exclusión a través de la sustracción del producto de su trabajo que les es arrebatado a las personas respecto de su propia capacidad como productores...ya que todo ello, es decir, la capacidad de trabajo, es lo que dota de esencia al ser humano, es lo que hace humano al ser humano. Otros autores, como Joan Subirats<sup>9</sup>, también indican que la posesión de un empleo y la posibilidad de los seres humanos de aportar al mercado productivo eran una de las claves esenciales de la inclusión.

Se observa que el concepto de empleo, el estar o no empleado/a, fue asumiéndose como una de las razones esenciales de la exclusión, y se relaciona intrínsecamente estar excluido con no tener empleo. Así, quien no tiene empleo no puede considerarse como persona ciudadana. De esta forma, se dio el paso de considerar como excluida a una persona o grupo social desde una visión más cercana a la pobreza económica a considerar excluida a toda persona no vinculada con un empleo, y especialmente con determinado tipo de empleo, que es el que proporciona las cotas necesarias de inclusión: aquel que provee riqueza económica, productividad monetaria. Por ello, se incrementan las posibilidades de que mucha población pueda ser considerada en situación de exclusión, entre ellas las mujeres, que son una población que tradicionalmente ha realizado empleos menos productivos, económicamente hablando.

---

<sup>8</sup> Cruz Roja. La integración sociolaboral de personas drogodependientes. Propuesta y puesta en práctica de un modelo. 2002.

<sup>9</sup> Joan Subirats y otros/as. Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Edita: Fund. La Caixa 2004



En esta línea, hay que tener en cuenta que el concepto de exclusión social existe porque también existe el de inclusión social, que podría definirse como aquella situación en la que las personas cuentan con todos los recursos y herramientas imprescindibles para satisfacer sus necesidades, y por lo tanto adquirir derechos que convierten a las personas en ciudadanas. Al igual que la exclusión se define mayoritariamente por no contar con empleo, la inclusión también viene definida por poseer empleo y un determinado tipo de empleo, es el escenario de la inclusión laboral.

¿En qué momento pasó de ampliarse la dimensión de exclusión laboral a exclusión social? cuando se entendió que los procesos de exclusión van más allá de lógicas que puedan explicar los mercados, y que hay motivos más relacionados con cuestiones sociales que conducen a esos procesos de exclusión social. Los cambios acaecidos en los sistemas de producción –cada vez más globales y mecanizados, lo que produce la pérdida de masa laboral manual- generan la crisis de la concepción del empleo como herramienta de integración social, ya que lo que se produce precisamente son nuevas formas de desestabilización social que son provocadas por una nueva concepción del trabajo. Así, esa idea de los pensadores socialistas del empleo como eje del orden social pierde influencia. En este sentido, en varios estudios se hace insistencia en no olvidar la importancia de otras cuestiones cuando se trata de procesos de integración de las personas, además del área del empleo.<sup>10</sup> Jaime Funes en este sentido, explica la incorporación social como un estado definido por la cantidad y calidad de participación de una persona en un entorno más o menos amplio. Las tareas propias para facilitar la incorporación están referidas a facilitar a las personas aquello que les es imprescindible para ser miembros, y en posibilitar que puedan aportar algo a las otras personas, a la vida colectiva.<sup>11</sup>

Pedro Ibarra indica que “el trabajo, cada vez más, tiene una dimensión instrumental, de medio para otros proyectos individuales o colectivos, o para la estricta supervivencia”<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención. Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del Estado de México. 2001

<sup>11</sup> Jaime Funes. La incorporación social de personas con problemas de drogas.

<sup>12</sup> Pedro Ibarra: “Crisis de trabajo, crisis de la cultura de trabajo”. Y si no hay trabajo ¿qué?.



## ***SOBRE LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL***

Desde ASECEDI<sup>13</sup> se define la integración social como “el grado de autonomía personal y participación social del individuo en su entorno como sujeto de derechos y deberes”, que exige una intervención integral individual y una actuación en el entorno social que excluye a la persona. Y la integración sociolaboral se considera al proceso “a través del cual una persona desempleada, de manera permanente o coyuntural, accede a un puesto de trabajo desarrollando una serie de competencias cuya finalidad es el mantenimiento del mismo”.

Como se indica en un estudio de ASECEDI<sup>14</sup>, no es lo mismo usar los términos inserción, reinserción o integración, porque el último también hace referencia a la actuación que debe llevar a cabo la propia sociedad, mientras los primeros se refieren a la actitud que debe tomar el individuo. Así pues, debe usarse el término integración sociolaboral para reivindicar la parte activa que debe tener la sociedad en su conjunto dentro del proceso de reincorporación sociolaboral de las personas excluidas.

Otra forma de hacer responsable al medio social de los procesos de integración de las personas vulnerables es teniendo en cuenta la idea de *participación* como herramienta fundamental en la exclusión social.

Efectivamente, la integración socio laboral se trata de un proceso, “un proceso flexible y personalizado, un proyecto de cambio que implica articular una serie de pasos sucesivos a dar, un itinerario claro a seguir, una secuencia de objetivos concretos a alcanzar”<sup>15</sup>. En esta línea nos parece importante dar peso al concepto de empleabilidad más que al de empleo, ya que el primero hace referencia a las mejoras, a los avances de las personas que están en el proceso, destacando de nuevo la idea de proceso y dando importancia a cada paso hacia delante. Se define empleabilidad como el conjunto de características personales y profesionales que permiten a una persona satisfacer las demandas de ocupación del mercado de trabajo<sup>16</sup>. A este respecto, desde otro estudio<sup>17</sup> se hace referencia a la necesidad de tener en cuenta

---

<sup>13</sup> Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI.

<sup>14</sup> ASECEDI. Trabajando en Integración desde los Centros de Día. (Año?)

<sup>15</sup> Op Cit pág 7 (3)

<sup>16</sup> Cruz Roja. Guía para la empleabilidad de colectivos vulnerables.(Año?)

<sup>17</sup> Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas ex tóxicómanas. EDE Fundazioa. 2001



otro concepto de éxito, definido habitualmente desde posiciones muy lineales e ideales.

<<Las recaídas, puntos muertos y retrocesos de estos procesos (que según la definición de éxito serían considerados fracasos) pueden ser positivos para la adquisición de las herramientas y competencias que permitan a la persona desenvolverse en la sociedad en la que le ha tocado vivir.>>[ Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD. 2005]

En los procesos de integración sociolaboral existen una serie de niveles<sup>18</sup> a saber:

- Primer ámbito de intervención: son intervenciones puntuales de carácter informativo y motivador, que suponen un ajuste de la persona a las exigencias laborales. Va dirigida a personas con un óptimo nivel de empleabilidad.
- Segundo ámbito de intervención: se trata de una intervención más amplia dedicada al fomento de competencias y habilidades laborales en la persona. Orientado a personas con un nivel medio de empleabilidad.
- Tercer ámbito de intervención, centrado en la adquisición de destrezas prelaborales. Está destinado a personas con un muy bajo grado de empleabilidad.

Como venimos diciendo hay dos puntos de vista sobre dónde poner el foco al estudiar la exclusión; aquel que señala a las personas excluidas como las protagonistas de su situación y aquel que se fija en la sociedad como la que excluye a los grupos sociales que no cuentan con unas premisas básicas para poder pertenecer a esa ciudadanía social, premisas entre las que se encuentra fundamentalmente el empleo, y un tipo determinado de empleo.

Visualizar el análisis desde la idea de que es la sociedad predominante la que en base a unos valores predominantes –que no tienen por qué ser los mejores- impone su concepción de la realidad excluyendo a otras personas o grupos sociales que no tienen esa visión, es la que ayuda a restar estigmatización sobre estas personas que piensan y viven diferente.

---

<sup>18</sup> Op. Cit pág 8 (5)



<< Asimismo, la incorporación social conlleva una obligada intervención sobre el medio social en que se desenvuelve la persona con problemas de drogodependencias. Es indispensable actuar sobre las estructuras sociales que generan discriminación y exclusión si se pretende integrar, como ya se ha destacado en reiteradas oportunidades. El proceso de Incorporación debe actuar sobre dos ejes: el personal y el del entorno. En este sentido nos encontraremos con que trabajar para favorecer la incorporación significa también trabajar para luchar contra la exclusión... y en el fondo ser conscientes que vivimos en una sociedad que genera exclusión.>> [Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD. 2005]

En la guía de la UNAD, y ya pensadores como Joaquín Estefanía, exponen esta visión de la misma sociedad como generadora de la exclusión a partir de las variables centrales en las que actúa, especialmente a través del poder de lo económico centrado en la maximización del beneficio sin tener en cuenta otras cuestiones de índole más social.

Así, los procesos de integración laboral de las personas drogodependientes, deben cumplir cuatro características<sup>19</sup>:

- *personal*: orientando la inserción laboral en función de las necesidades concretas y fomentando el desarrollo social y profesional de las personas con problemas de drogas;
- *mundo empresarial*: a través de la adquisición de su responsabilidad social, eliminando el rechazo hacia las personas que manifiestan su situación...;
- la *sociedad*: mediante su sensibilización con el fin de evitar discriminaciones y mediante la acción preventiva hacia el consumo;
- y la *administración*: a través del trabajo coordinado entre administraciones...

Se indica en el estudio Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas<sup>20</sup> que la posesión de empleo implica a su vez la posesión de algunas cuestiones fundamentales para las personas drogodependientes:

- Tener recursos económicos
- Restaurar la imagen personal

---

<sup>19</sup> Op. Cit pág 11 (17)

<sup>20</sup> Ibid



- Acceder a un entorno normalizado
- Configurar una rutina
- Generar nuevas relaciones

<<En el caso de las personas extoxicómanas la inserción laboral resulta una estrategia clave, por lo que se advierte necesario que las políticas a seguir traten de atender a las necesidades específicas del colectivo no sólo con vistas a conseguir un puesto de trabajo sino como una vía para adquirir habilidades sociales y profesionales, para participar en la sociedad, para afrontar nuevos retos, para socializarse, para adquirir mayor autonomía...>> [Un acercamiento a los procesos de integración sociolaboral de personas ex toxicómanas. 2011]

Algunos autores<sup>21</sup> explicitan factores positivos y factores negativos en cuanto a lograr la integración sociolaboral de esta población.

Entre los factores positivos pueden encontrarse: los programas de rehabilitación, potenciar la formación y la capacitación profesional, el apoyo familiar y social, el acceso al empleo, los llamados contratos de inserción (son contratos laborales en el empleo protegido que facilitan la empleabilidad de las personas con mayores dificultades, como paso al mercado laboral normalizado), la sensibilización empresarial, el desarrollo de habilidades personales, sociales y laborales, la voluntad y motivación personal, el estado de ánimo vitalista, los entornos sanos...

Este mismo estudio indica que hay que tener en cuenta que, en concreto la población drogodependiente, cuenta con unos hándicaps característicos que dificultan su integración socio laboral, tal como su baja cualificación y formación y su escasa trayectoria laboral posterior. No obstante, desde el equipo de investigación queremos hacer referencia a la existencia de nuevos perfiles de personas consumidoras en estos recursos que cuentan con una existencia más normalizada, con lo que tendrán posiblemente más formación y una carrera profesional menos inestable (se verá más adelante). Otros obstáculos podrían ser las secuelas físicas y psicológicas, la estigmatización del colectivo, los problemas judiciales y las estancias en prisión, el tipo de consumo que haya experimentado la persona, la intolerancia a la frustración, la posibilidad de recaídas, combinar la adicción con otros trastornos o discapacidades, además de un menor nivel socioeconómico, carencias de ingresos propios, vivienda

---

<sup>21</sup> Ibid



precaria o sin acceso a ella, la ausencia de apoyo familiar, la ruptura del vínculo con otras redes sociales, y la propia ilegalidad de las sustancias, problemas jurídico – penales, etc...<sup>22</sup>

Desde otro punto de vista<sup>23</sup>, la población drogodependiente cuenta con una serie de fortalezas que pueden ayudar a la integración sociolaboral: son personas que han realizado un importante trabajo de desarrollo personal durante su tratamiento, en algunos casos tienen una experiencia laboral diversificada (lo que les otorga polivalencia) se sienten muy motivados/as hacia el empleo por el momento personal que viven.

En cualquier caso, la integración sociolaboral debe ser con unas condiciones óptimas de trabajo que puedan proporcionar una calidad.

<<El planteamiento de UNAD es que el objetivo de los recursos de incorporación sociolaboral debe ser que las personas con problemas de drogodependencias en situación de exclusión, se integren en la sociedad logrando un empleo digno, respaldado por una formación acorde con la realidad del mercado laboral, y que le permitan desarrollarse como personas y ser consideradas como ciudadanos y ciudadanas con sus derechos y deberes.>>[ Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD. 2005]

En la guía para profesionales de la junta de Castilla y León, se encuentra este cuadro que resume el proceso de integración sociolaboral de población drogodependiente<sup>24</sup>:

---

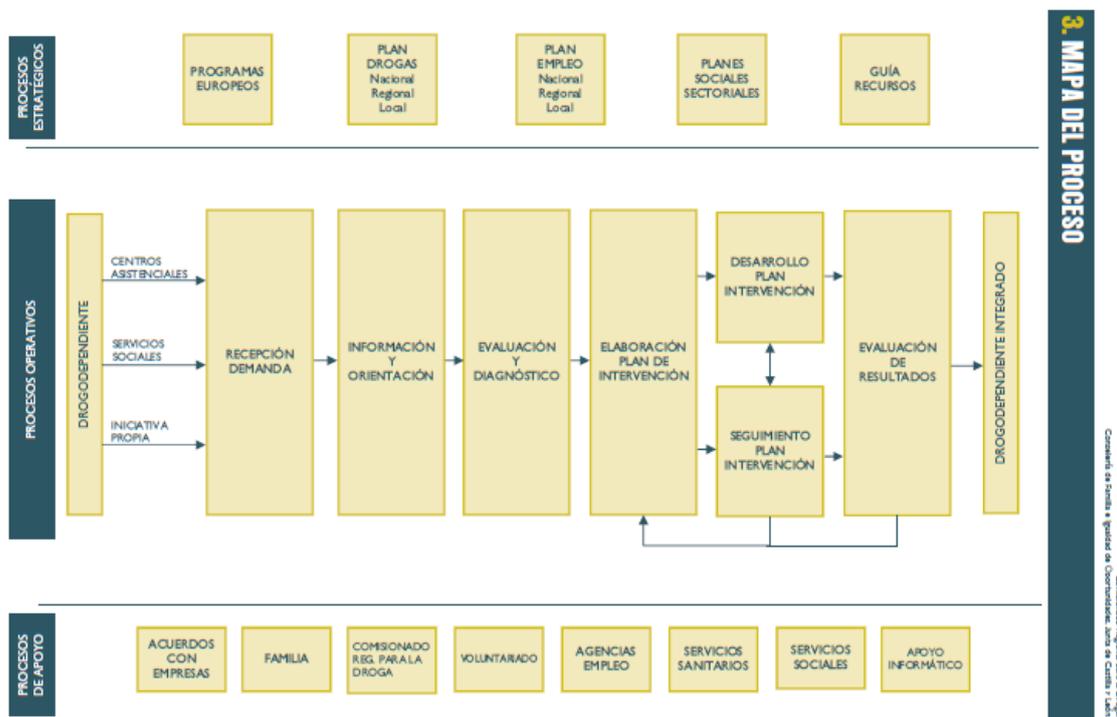
<sup>22</sup> Op Cit pág 11 (15)

<sup>23</sup> Material didáctico. Autoempleo e inserción laboral. Volumen I: Lineamientos generales: drogodependencias, inserción laboral y autoempleo. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.

<sup>24</sup> Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración socio laboral de drogodependientes. Junta de Castilla y León, 2007.



## GRÁFICO 2



[fuente: Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración socio laboral de drogodependientes. Junta de Castilla y León, 2007]

En la guía de la UNAD<sup>25</sup> se proponen una serie de principios que deben guiar los procesos de inserción sociolaboral.

### \_ METODOLOGÍA:

Existencia de criterios explícitos y definidos para el diagnóstico, la implementación, la mejora y la evaluación de la acción.

### \_ INTEGRALIDAD:

Consideración de cada persona de forma integral, por lo tanto su acción debe estar centrada en abordar la problemática considerándola un fenómeno multifactorial.

### \_ SOSTENIBILIDAD:

Produce un impacto social tangible, positivo y duradero.

### \_ DISCRIMINACIÓN POSITIVA:

<sup>25</sup> Op Cit pág 11 (15)



Su objetivo es debilitar los factores que provocan situaciones de exclusión. Las actuaciones se deben concentrar sobre aquellas personas destinatarias a las que afectan de forma más intensa las situaciones de discriminación y desigualdad en el mercado laboral.

\_ PARTICIPACIÓN:

Implica a los actores en el diseño, implementación y/o evaluación de la práctica mediante procedimientos y/o mecanismos que fortalezcan y (re)establezcan vínculos y redes comunitarias.

\_ COMPLEMENTARIEDAD:

Se debe garantizar la optimización de recursos ya existentes, analizando los planes y estrategias de desarrollo de recursos humanos y/o mejora del mercado laboral de su territorio o sector, con el fin de planificar su programa de trabajo de manera que complemente dichos planes o políticas. Se incide realmente en ámbitos de actuación no cubiertos por las políticas generales de empleo existentes.

\_ PERSPECTIVA DE GÉNERO:

Se garantiza la participación de todas las personas en el mercado de trabajo en condiciones de equidad, este criterio es considerado fundamentalmente desde el punto de vista de género, buscando la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

\_ INNOVACIÓN:

Aportación de nuevas soluciones o de soluciones diferentes a las ya existentes. Tales soluciones pueden referirse tanto a los objetivos y poblaciones destinatarias de la acción, su modelo de organización, sus mecanismos de gestión y prestación de servicios y a los métodos e instrumentos utilizados en la ejecución de sus actuaciones.

\_ TRANSFERENCIA:

Las prácticas ensayadas son trasladables a las políticas territoriales, relacionadas con el ámbito de trabajo en cuestión. Dichas experiencias sirven de referencia a la propia entidad y a su vez pueden ser exportables y adaptables a otras entidades y realidades.

Oscar Trujillo (1998)<sup>26</sup> define algunos elementos importantes para lograr la integración

---

<sup>26</sup> Trujillo, Oscar (1998): "El proceso de reinserción" en *IX Jornadas Andaluzas de*



sociolaboral de las personas drogodependientes:

- \_ Proceso complejo que recorre todo el tratamiento: PROCESO CENTRAL
- \_ No ha de ser segregadora y ha de operar en un marco no exclusivo de integración para drogodependientes: PROCESO NORMALIZADO
- \_ Es un proceso difuso, contradictorio, que se resuelve en un marco ecológico y comunitario concreto: PROCESO COMUNITARIO
- \_ Es un proyecto que se puede resolver de diferentes modos, frente a la exclusividad de los primeros tratamientos en comunidades terapéuticas: PROCESO PLURAL

En la propuesta de modelo de integración sociolaboral para personas drogodependientes elaborada por Cruz Roja<sup>27</sup>, se hace así mismo un análisis de varias experiencias existentes en este sentido y se recogen las características comunes:

- \_ Se trata de programas dirigidos de forma exclusiva a personas que cumplen una serie de requisitos, fundamentalmente los de poseer una valoración positiva dentro del tratamiento que siguen. Dentro de esa valoración positiva suele encontrarse el requisito de abstinencia, tanto si se trata de Programa Libre de Drogas como de Reducción de Daños.
- \_ Los programas llamados de integración sociolaboral, a pesar de su intención declarada de ser integrados, ponen el énfasis principalmente en la adquisición de habilidades relacionadas con la búsqueda de empleo. Aunque se tiene presente que gran parte de los problemas son estructurales, apenas se realizan acciones destinadas a combatir estos problemas, poniéndose la carga fundamentalmente en la persona.
- \_ Los aspectos formales y técnicos tienen más relevancia que los aspectos terapéuticos y vinculares, a pesar de que estos últimos se consideren muy relevantes e incluso se mantenga la idea de que sin ellos la integración no funcionará de forma adecuada. A pesar de que los aspectos sociales que deben acompañar al proceso están en la mente de muchos profesionales, apenas se realiza una actuación integral e integrada destinada a cubrir el mayor espectro posible de factores.

---

*drogodependencias*, Jerez de la Frontera (Cádiz), 30, 31 de enero y 1 de febrero.

<sup>27</sup> Op Cit pág 9 (8)



Desde esta misma propuesta de Cruz Roja<sup>28</sup> se lanza un posible modelo de integración laboral para personas drogodependientes que nos parece interesante exponer, y en el que se puede profundizar más acudiendo al propio documento:

<<Tal y como explicitamos en el marco teórico, en la medida en que concebimos la integración sociolaboral como un proceso, los pasos que enunciarnos aquí no son una secuencia que ha de seguirse completando cada paso, uno por uno, hasta llegar a una supuesta meta final. Nuestra intervención ha de entenderse siempre en clave de proceso, siendo las necesidades y características de cada usuario las que definen las actuaciones a llevar a cabo dentro del itinerario personalizado.

Las características de especial vulnerabilidad y fragilidad psicosocial que presentan las personas drogodependientes hacen que el acceso a los recursos más normalizados sea posible en un número reducido de casos. Por este motivo, la mediadora debe ubicar su espacio físico de trabajo en el Centro de Atención a Drogodependencias. La experiencia de trabajo ha mostrado que lo contrario, es decir, su ubicación en las oficinas centrales de los SIE, da lugar a que muy pocos usuarios se acerquen hasta allí, por más que se anime la derivación desde el Centro de Drogodependencias.

El modelo propuesto posee una serie de fases:

1. Valoración inicial.
2. Fase de Acogida: establecimiento del vínculo y marco de trabajo. Determinación del perfil del usuario respecto a la empleabilidad.
  - primera entrevista
  - entrevistas de acogida (número sin determinar)
3. Según perfiles, se pasa a unas actuaciones o a otras.>>

En general existe la visión de la integración sociolaboral como un proceso preventivo, ya que tiene como objetivo prevenir que las personas en situación de vulnerabilidad social no alcancen más cotas de exclusión<sup>29</sup>.

Hay que indicar que en la definición de iniciativas de integración laboral hay que tener en cuenta cuestiones interseccionales que afectan a las personas, como el hecho del género y la etnicidad, por ejemplo.

---

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Op Cit pág 8 (5)



En el caso de las mujeres, hay que tener en cuenta el diferencial de género, y cómo influye en la drogodependencia de la población femenina, distinta que en la población de varones en cuanto a las causas, modelo de consumo y consecuencias. Todo ello hay que tenerlo en cuenta de cara a plantear intervenciones con mujeres drogodependientes, entre ellas los procesos de integración sociolaboral.

En el caso de las personas migradas también hay que tener en cuenta cuestiones que les pueden afectar más singularmente, como el hecho de no conocer el idioma, las diferencias culturales, o no contar con la documentación legal en regla en el país de destino.

### ***Un repaso a la actual situación del mercado de trabajo en España.***

Vista la relevancia que en la teoría se otorga al empleo como instrumento esencial de inserción social, vamos a hacer un breve repaso de la situación actual del mercado de trabajo en España para analizar, en la práctica, la efectividad de su capacidad real.

No hace falta insistir demasiado en que la actual situación de crisis económica está suponiendo un largo episodio de turbulencias para el mercado de trabajo, español y europeo. Lo que sí es cierto es que hay importantes diferencias entre países; España sigue siendo una de las situaciones más preocupantes. En el lado opuesto están Alemania, Austria, Bélgica y Luxemburgo.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) los datos del 2011 reflejan un volumen medio de empleo de 18,1 millones de personas, un 1,9% menos que el año anterior. Este descenso es sólo algo menos pronunciado que el del 2010 pero hubo una caída muy importante del empleo a partir del segundo semestre del año 2011, con 600.000 empleos menos. Aunque la población activa estaba estancada, esa destrucción de empleo provocó que el paro volviese a crecer con fuerza en 2011, situándose a final del año en un 22,8%.

Además, la pérdida de puestos de trabajo no sólo supone la cantidad de los que se pierden, sino que también hay que tener en cuenta su persistencia y su concentración. Así, el peso del desempleo de larga duración es muy importante, situándose en 2011 en un 27% del total de las personas desempleadas, y es el tipo de paro que más está creciendo en los últimos tres años. En el cuatro trimestre de 2011 había 1,4 millones



de parados de larga duración, lo que supone un 52% más que en el mismo trimestre del 2010. En cuanto a la concentración del paro por hogares, hay que indicar que en el 31,6% de los hogares con una persona activa ésta estaba desempleada, y alcanzaba casi el 60% cuando en el hogar había dos personas activas (y desempleadas). A ello se suma que los hogares que tenían a todos sus miembros desempleados en el cuarto trimestre del 2011 eran el 12,6%.

Los efectos de esta crisis no tienen paragón con ninguna anteriormente sufrida: el periodo 1977-1985 arrojó 200.000 empleos perdidos por cada año, en el trienio 1992-1994 se perdieron 300.000 empleos en cada uno de estos años y ahora (2009-2011) se han destruido hasta 700.000 empleos cada año.

Lo más característico del 2011 fue la destrucción de empleo en actividades que hasta ahora se habían mantenido durante el periodo de crisis. En el cuarto trimestre del 2011 aparece la destrucción de empleo público con 63.000 ocupados menos. En el sector privado también se produce la destrucción de 97.000 empleos en las empresas manufactureras, 296.000 menos en la construcción, 63.000 menos en transporte, 40.000 menos en comercio, 41.000 menos en artísticas, recreativas y entretenimiento y 66.000 menos en hogares.

No obstante, en el 2011 el empleo aún creció en algunas ramas, como la hostelería, con 10.000 nuevos empleos, “otros servicios” (con 50.000 ocupados más) y las actividades sanitarias (30.000).

En cuanto a las comunidades autónomas, dos de ellas (Cantabria y Aragón) mantuvieron su nivel de empleo respecto al año anterior, y en el País Vasco, Canarias y Galicia, las pérdidas fueron más moderadas que en el promedio; en el otro extremo tres comunidades perdieron empleo a un ritmo mayor que el promedio: Extremadura (con un descenso del 6,7% en el cuarto trimestre; Madrid con un 5,3% y Cataluña con un 4%). El caso es que ninguna comunidad autónoma llega al 70% en tasas de empleo, cuando en 2007 había cinco que superaban ese valor y otras dos estaban a poca distancia.

Por grupos de personas, el desempleo fue más acusado en hombres y en personas extranjeras, y siguió concentrándose en las personas jóvenes (el 27% de los empleos perdidos en el cuarto trimestre del 2011 son de personas menores de 25 años). En el otro extremo, las personas cuya edad estaba comprendida entre los 50 y los 64 años



lograron aumentar su volumen de ocupación.

En cuanto a los empleos perdidos por población extranjera, son un total de 600.000 en el último año; un peso más alto de lo que suponen en el total de empleo (13,6% en 2010). Esta caída de empleo en población extranjera afecta a hombres y mujeres (mientras que entre las personas españolas los hombres perdieron más empleo que las mujeres).

El descenso de empleo en 2011 alcanzó tanto a los ocupados por cuenta propia como a los asalariados, en el sector privado y en el público.

Pero es en el tipo de contrato de las personas asalariadas donde está el peor dato: la caída del empleo indefinido, con casi 400.000 personas menos en el cuarto trimestre del 2011 que en el mismo trimestre del año anterior.

En cuanto a las vías de entrada y salida en el mercado de trabajo, cabe señalar que ha aumentado la probabilidad de entrar al paro desde un empleo de carácter asalariado temporal. En los últimos años, caracterizada por la mayor importancia que ha cobrado el cese por despido, también han aumentado los despidos por expedientes de regulación de empleo (ERE).

De un tiempo a esta parte es difícil la estabilidad laboral prolongada en un mismo puesto de trabajo. Según indican las cifras, actualmente el 91% de las contrataciones son eventuales, y una parte importante del 9% de indefinidas son en su origen eventuales, que pasan a ser indefinidas. Casi la mitad (44%) de los contratos suelen ser por obra y servicio. El actual escenario de empleo muestra la enorme versatilidad de la población trabajadora, al ir cambiando de empresa y de puesto de trabajo sin, normalmente, sumar muchos periodos de desempleo entre uno y otro.

Como se indica en el informe del Consejo Económico y Social<sup>30</sup>, España es uno de los países que ha registrado mayores aumentos de población en situación de pobreza y exclusión social. En términos absolutos ha supuesto un incremento de algo más de un millón de personas en un año, y hay un total de más de 11,5 millones de personas en situación de exclusión.

---

<sup>30</sup> Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2011. Consejo Económico y Social.



La inestabilidad laboral ha empujado a mucha gente a alternar periodos de contratación por cuenta ajena, con otros por cuenta propia.

En un documento<sup>31</sup> de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid se analizan las profesiones y ocupaciones con más proyección.

### GRÁFICO 3

Tabla 1. Datos de paro en la C.A. de Madrid en los dos últimos años	
SECTOR	OCUPACIONES
COMERCIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comercial</li> <li>• dependiente de comercio</li> <li>• administrativo</li> <li>• mozo de almacén</li> <li>• conductor/repartidor</li> <li>• reponedor y cajera</li> </ul>
HOSTELERÍA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• camareros/as, y cocineros/as</li> </ul>
SERVICIOS A LA COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• peluqueras/os y “esteticien”</li> <li>• monitores de tiempo libre y deportivos</li> <li>• profesores de diversas materias</li> </ul>
SERVICIOS A LAS EMPRESAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gestión comercial, marketing y publicistas</li> <li>• conductores-repartidores y chóferes</li> </ul>
INDUSTRIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mecánico de automóviles y de maquinaria</li> <li>• profesional de chapa y pintura de coches</li> <li>• instalador/montador de varias actividades</li> <li>• carpintero metálico</li> <li>• soldador</li> <li>• instaladores de aire acondicionado y calefacción</li> </ul>
CONSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• especialistas cualificados de albañilería, pintura y fontanería.</li> </ul>

[fuente: Observatorio del Mercado de Trabajo. Informe Anual 2011. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid]

Por el contrario, las menos solicitadas son técnicos profesionales economistas, ingenieros, abogados, asesores empresariales, técnicos de ocio y turismo e informáticos.

<sup>31</sup> Observatorio del Mercado de Trabajo. Informe Anual 2011. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid.



También se ha analizado un perfil de persona empleable, que reúne una serie de características, tales como tener entre 25 y 44 años, con pocas diferencias con respecto a las distintas ramas o sectores de producción. En cuanto al sexo, aunque casi no hay diferencias, hay una minoría que prefiere a hombres, y una minoría aún más escasa que prefiere a mujeres, aunque depende mucho del sector de actividad del que estemos hablando. No obstante, hay sectores muy masculinizados que empiezan a ser cubiertos por mujeres. En cuanto al nivel de estudios, aunque las empresas no suelen ser muy exigentes y valoran más las actitudes y las aptitudes, están mucho mejor situadas para conseguir empleo las personas que han desarrollado Formación Profesional. Las empresas del sector industrial son las que exigen una formación profesional más especializada en los oficios que reclaman los puestos de trabajo.

Por otro lado, los que peor lo tienen para alcanzar un empleo son las personas mayores de 44 años o las personas muy jóvenes, y en cuanto a la formación, aquellas que tienen educación muy básica. Las mujeres siguen estando discriminadas en el mercado laboral.

Por otro lado, la experiencia laboral suma puntos, al igual que la versatilidad en el puesto de trabajo, especialmente en las empresas más pequeñas y/o microempresas.

### ***El autoempleo como herramienta de integración sociolaboral***

Además de la integración por medio del mercado de trabajo por cuenta ajena, existe la modalidad de ser empleado/a por cuenta propia, es lo que se denomina autoempleo. El autoempleo ha dejado de ser la última alternativa a convertirse en la primera opción para muchas personas. Actualmente existen 1.933. 918 personas autónomas en España, el 66,7% hombres y el 70% supera los 40 años; los autónomos de nacionalidad diferente a la española superan el 7%, y la mayoría (70%) pertenece al sector servicios.

Comparativamente, al finalizar 2007 había 2.238.772 trabajadores/as autónomos/as, y en 2004 había 2.184. 811.

El autoempleo es producto de:



- Las empresas tienden a externalizar cada vez más sus servicios, con lo que disminuyen las probabilidades de trabajo directo.
- En muchas profesiones y oficios la relación laboral es a través de contratos mercantiles, lo que ha obligado a los trabajadores/as a hacerse autónomos.
- Cada vez es menos frecuente el “empleo para toda la vida”.
- Se amplían las posibilidades de ofrecer servicios a particulares, empresas y/o comunidad.

Hay cuestiones positivas que aporta el autoempleo:

- Realizar proyectos que además de ofrecernos ganancias económicas también nos ofrezcan crecer personalmente.
- Poner en marcha proyectos que además de generar beneficios económicos puedan ofrecernos la posibilidad de desarrollar proyectos de carácter más social.
- Recuperar el sentido tradicional del empleo a través de nuestra actividad económica productiva.

En el caso de la población drogodependiente, y aunque es cierto que el autoempleo requiere de mucha responsabilidad para la gestión del propio empleo, no es incompatible esta opción laboral con esta población que necesitará, no obstante, un apoyo especial para integrarse en ella.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Op Cit pág 15 (23).



## **La evolución de los centros de día: de recursos ocupacionales a la integración socio laboral de las personas drogodependientes.**

Según indican las personas entrevistadas en el contexto de este estudio, los centros de día surgieron como una necesidad social a finales de los años 80, principios de los años 90, pero no aparecieron en torno a un modelo claro, sino fruto de la urgencia. Además, la cantidad de centros de este tipo pudo realizarse por la llegada de fondos europeos que pudieron invertirse en este tipo de recursos.

Analizando la bibliografía recogida observamos que en estos años noventa y con el lanzamiento de las iniciativas europeas Horizon, los Centros de Día se crean en el espacio urbano, cuando empezaron a crearse recursos específicos para la atención a las drogodependencias. En 1990 se ofrece la primera definición de lo que es un Centro de Día: “recurso con un programa estructurado, que cuenta con un equipo profesional formado en adicciones, con una evaluación individualizada de las personas atendidas, vinculado a otros recursos de la red asistencial, además de la coordinación con recursos sanitarios, judiciales y policiales.” Como decíamos, la idea era que las personas usuarias se mantuvieran abstinentes y que no ocuparan un lugar marginal en la sociedad; además se elaboraban intervenciones acordes con las necesidades y circunstancias de cada persona usuaria. En los últimos años, por ejemplo, se ha sumado la atención a adicciones sin sustancias.<sup>33</sup>

Estos centros nacieron como una necesidad dentro de las estructuras que ya existían en cuanto a la atención a drogodependencias, y ofrecían una amplia variedad de servicios, desde la semi residencia hasta la simple orientación e información, y en los últimos años incluso algunos han desarrollado también programas centrados en la reducción de daños, ya que su posición ofrecía solventar demandas de tipo asistencial.<sup>34</sup>

<<También se realizan programas complementarios de salud, higiene, sexualidad...En algunos casaos hay un trabajo estructurado para acompañar a la persona una vez que se termina el programa>> [Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación social. Natxo Martínez, (coord.) 2003.]

---

<sup>33</sup> Op Cit pág 11 (13)

<sup>34</sup> Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación social. Natxo Martínez, (coord.) 2003.



El estudio de ASECEDI “Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día”, también indica que la aparición de las primeras ayudas a las personas con problemática de consumo abusivo de drogas se realizó en base a las necesidades que se imponían, sin los recursos ni los profesionales necesarios, simplemente con la voluntad de quienes se prestaban a ofrecer esa atención. Originalmente se ofrecía la atención en calle, y posteriormente estos colectivos de personas que ofrecían ayuda pudieron organizarse en entidades y en locales donde acudían las personas usuarias. El objetivo esencial era que las personas que iban a demandar esa ayuda estuvieran la mayor parte del tiempo en los locales realizando actividades para evitar así que volvieran a las calles y consumieran. La única norma que debían cumplir era que estuvieran abstinentes, y el tratamiento habitual era el libre de drogas, que se convertía en el requisito básico para la prestación de servicios desde estos centros.<sup>35</sup>

<<Eran los que llamaríamos hoy centros de alta exigencia terapéutica, donde la recaída significaba la expulsión>> [Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI.]

En el Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación social<sup>36</sup> se indica que los Centros de Día también se denominan Centros de Incorporación Social, y que desde el comienzo se diferencian los “centros de día terapéuticos” (los destinados al tratamiento en régimen intermedio) y los “centros de día para la incorporación social” (que tienen como objetivo promover ciertos aspectos relativos a la incorporación pero que no son autónomos y precisan de otro recurso asistencial).

Con el avance de los años y la modificación del fenómeno de las drogodependencias, los recursos de atención tuvieron que ir adaptándose a esos cambios, casi con la misma improvisación con la que habían surgido. Por ejemplo, uno de los cambios fundamentales fue admitir las recaídas como parte del proceso de deshabituación, es decir, las recaídas ya no suponían expulsión inmediata del recurso<sup>37</sup>. Ello también puede deberse a que la integración empezó a verse como proceso, como hemos señalado.

---

<sup>35</sup> Programa de intervención en centros de día de Andalucía. Comisionado de Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. 2003.

<sup>36</sup> Op Cit pág 26 (34)

<sup>37</sup> Op Cit pág 11 (13)



Desde el estudio de ASECEDI anteriormente citado<sup>38</sup> se indica que la población usuaria de estos recursos comenzó a demandar otra serie de intervención, no sólo para superar la adicción física del consumo, entre ella la atención psicológica. Era población que ya estaba cambiando, en cuanto a su modelo de consumo. Por eso mismo los equipos empezaron a profesionalizarse y a convertirse en equipos multidisciplinares.

Así, se pasó de un asistencialismo sanitario a un modelo más biopsicosocial.

Las personas consultadas en el contexto de la investigación también indican que la evolución se produjo esencialmente porque comenzó a variar el perfil de las personas usuarias de los recursos y aunque se mantenía la población consumidora de heroína, también comenzó a aparecer otra, más normalizada y consumidora de cocaína o de pastillas, ya en los años noventa. El cambio ha sido el mismo que en el de la red de drogodependencias: se ha pasado de un perfil de consumo de heroína con un importante grado de deterioro a ir incorporándose un perfil de consumo de cocaína con un perfil más integrado y un rango de edad menor. Por ello mismo, los centros de día pasaron de ser recursos meramente ocupacionales, de baja exigencia, para que las personas consumidoras más marginales no ocuparan las calles y llenaran su tiempo en aquellos espacios, a recursos de tipo de reinserción social y laboral.

Hay quien indica que esta evolución del modelo asistencialista a biopsicosocial vino dada más por un cambio de mentalidad con respecto a la población drogodependiente, que por la mera evolución de dicha población en los recursos de atención. Ello venía dado porque se consideraba a la persona drogodependiente como delincuente, enfermo... primando especialmente las respuestas más asistencialistas además de las penales. Es decir, la persona drogodependiente formaba parte de esas *infraclases* que no merecían ser ciudadanas, y por lo tanto se ejercían con ellas castigos o actuaciones que no tenían en cuenta la influencia del contexto en su situación personal sino que sólo valoraban la personalidad del individuo que era quien dañaba a la sociedad con su actitud.<sup>39</sup>

Es decir, convivían distintas versiones sobre el fenómeno de las drogodependencias,

---

<sup>38</sup> Op Cit pág 11 (13)

<sup>39</sup> Rodríguez Álvarez, Manuel. La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención. Instituto Español de Drogodependencias. Alicante, 2007.



la “moralista” (que observaba a la persona drogodependiente como “viciosa”), la “legal” (vinculada a la inseguridad ciudadana) y la “sanitaria” (que consideraba a la persona drogodependiente como enferma).<sup>40</sup>

De esta forma, se indica que poco a poco fueron tomando protagonismo otras filosofías que piensan que es necesaria una actuación desde la sociedad potenciando el trabajo resocializador más que punitivo; es decir, se van aplicando también las concepciones que reclaman la responsabilidad social en los procesos de reinserción de las personas excluidas valorando la postura de la sociedad como la de aquella que excluye (y no que las personas son las que se excluyen). También cabe decir que, evidentemente, se trata de un trabajo resocializador en base a esas premisas sociales predominantes.

Así, empieza a apostarse por un modelo de integración más bio psicosocial que meramente asistencial, en el que primero el empleo y luego otras cuestiones también relacionadas con “lo social” empiezan a considerarse relevantes. Es en este momento, además, cuando la integración sociolaboral empieza a incluirse dentro del propio proceso, algo que no sucedía cuando el objetivo esencial era lograr la abstinencia. Por lo tanto la integración sociolaboral ha pasado de convertirse en objetivo final a una meta que está presente desde el primer paso del proceso. No obstante, cabe decir que sobre esta cuestión existe mucho debate: considerar el empleo como parte del proceso o diferenciarlo. Desde hace un tiempo, se valoran las empresas sociales y de reinserción como una alternativa que puede solucionar la problemática de empleabilidad de las personas con mayores dificultades, de modo que transitoriamente puedan permanecer en ellas para después incorporarse al mercado laboral normalizado aquellas que puedan hacerlo.

<< Asimismo, si hasta ahora se había considerado la reinserción como la fase final de un proceso uniforme, basado en el abandono del consumo y la superación de una serie de etapas. Desde el nuevo planteamiento se entiende la incorporación social como un proceso en el que se producen, progresivamente y de forma simultánea, una serie de cambios tanto a nivel personal como social.>> [Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNAD. 2005]

---

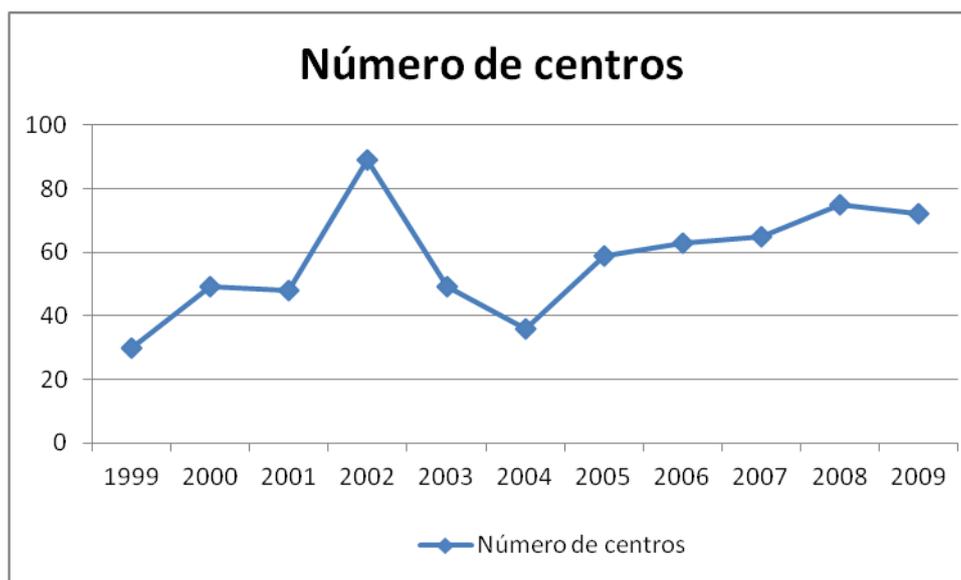
<sup>40</sup> Op Cit pág 26 (34)



En el trabajo de campo realizado en Madrid en el contexto de esta investigación, desde los profesionales se nos traslada que anteriormente había un tipo de recursos que se denominaban Centros de Reinserción Social que sí se asimilan al modelo biopsicosocial de los actuales centros de día, pero eran muy costosos económicamente y acabaron por desaparecer. Estos centros, estaban diseñados para personas ya controladas en su adicción y que estaban dispuestas a acudir a actividades regularmente en estos espacios.

Si analizamos los datos de programas y recursos gestionados por entidades del Tercer Sector, observamos que a partir de 2003 en las memorias del PNSD desaparece la terminología centro de día, tanto en su concepción de centro de día terapéutico como centro de día para la incorporación social. Los centros de día para la incorporación social pasan a contabilizarse dentro del epígrafe centros de actividades para la incorporación social.

#### GRÁFICO 4

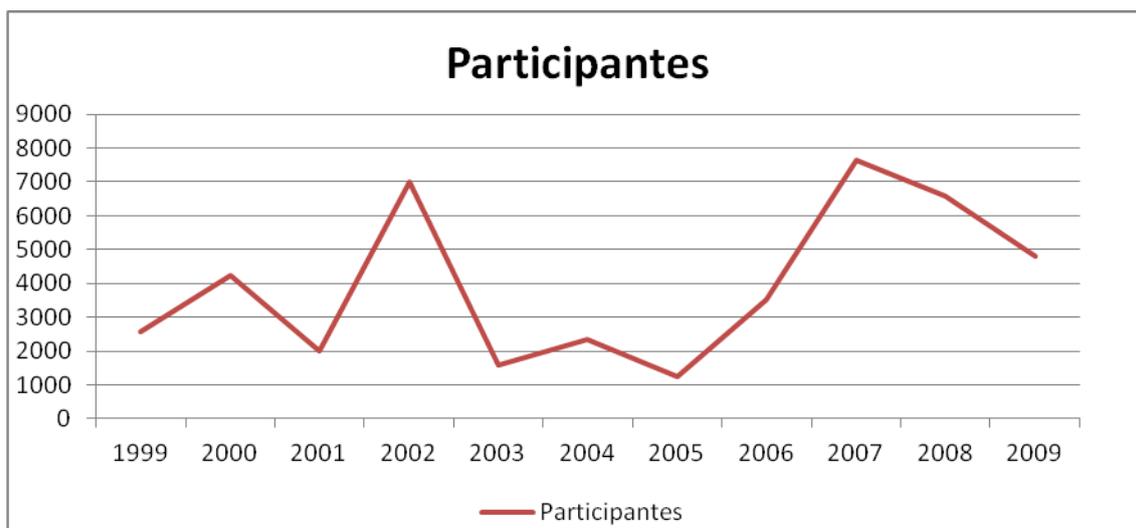


[fuente: Realización propia sobre datos de memorias del PNSD]

Ignorando el pico de 2002, seguramente producido por un cambio en la definición, los centros han seguido una tendencia creciente hasta estabilizarse en 2008. La contabilización del número de personas participantes en los centros es irregular, pero la tendencia ha sido a aumentar la eficacia de los recursos, siendo capaces de atender un volumen cada vez más alto de participantes sin que se produzca un aumento equivalente del número de centros.



## GRÁFICO 5



[fuente: Realización propia sobre datos de memorias del PNSD]

Lo que nos muestran ambas cifras es que la tendencia de este tipo de centros ha sido hacia la consolidación de sus servicios al mismo tiempo que a aumentar su eficiencia. Si bien a nivel estatal los centros de día han pasado a englobarse dentro de un epígrafe más generalista de actividades para la incorporación social, lo cierto es que como veremos en su evolución, los centros han sido capaces de seguir atendiendo y adaptándose a las demandas de la población.

## Los centros de día de atención a personas drogodependientes, hoy:

<<El Centro de Día es una institución difusa, no se puede clasificar dentro del primer o segundo sector ni tampoco es una entidad de puro asociacionismo de ese cajón desastre llamado tercer sector>> [Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI.]

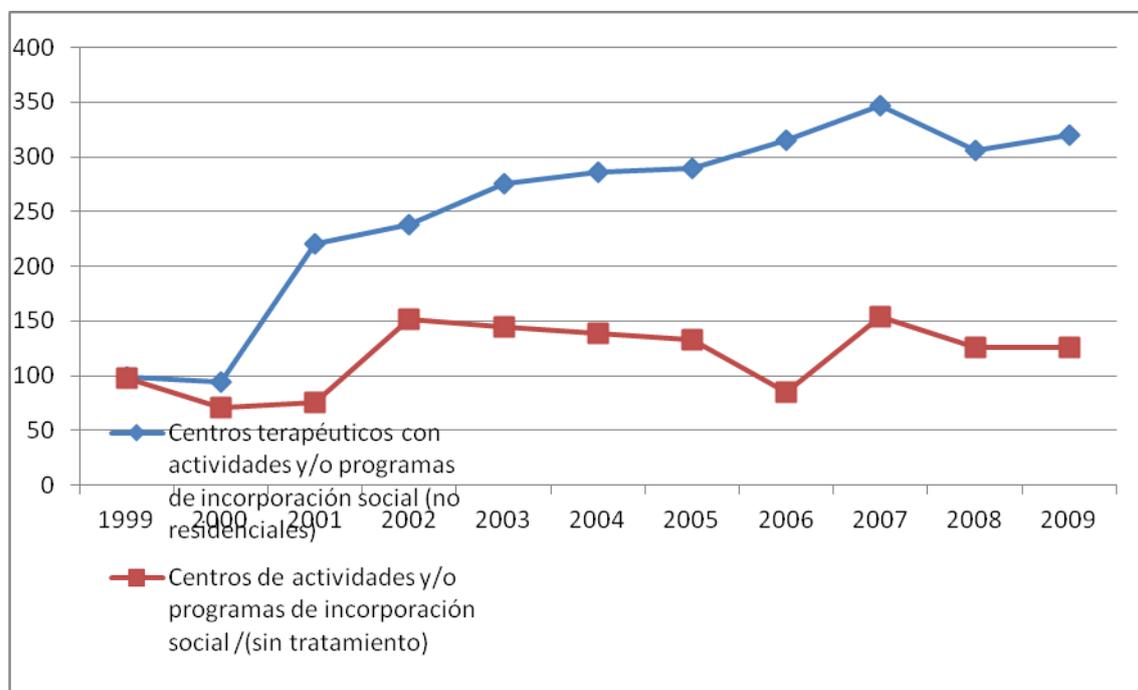
### ***1. Centro de día: desde la tendencia asistencialista-terapéutica a la tendencia formativo-laboral.***

Si analizamos las memorias del Plan Nacional sobre Drogas percibimos una evolución en cuanto está doble concepción. El número de centros terapéuticos, no residenciales, con actividades de incorporación social ha seguido siempre una tendencia superior a



la de los centros con actividades de incorporación social, si bien la tendencia ha sido creciente.

**GRÁFICO 6**



[fuente: Realización propia sobre datos de memorias del PNSD]

Aún así siempre ha sido menor que el número de programas de formación y el mantenimiento del número de programas de incorporación laboral, probablemente porque la incorporación social se concibe cada vez más como fundamentada en la preparación para el empleo y la obtención del mismo, como sugiere el PNSD en su memoria de 2007.

Entre las personas entrevistadas existen impresiones diversas sobre en qué momento es necesario que una persona en tratamiento de drogodependencias acuda a un centro de día para trabajar su integración sociolaboral, si cuando ya ha acabado el tratamiento de desintoxicación o mientras dura el tratamiento. Entendemos que ello tiene que ver con la visión del empleo como parte del proceso de integración o como resultado de este, aunque todas las opiniones, desde las personas entrevistadas vinculadas a centros de día hasta instituciones más relacionadas con la Administración, valoran la inserción sociolaboral como punto clave de estos recursos.

Los centros de día, se valoran como los recursos más adecuados para trabajar la



integración sociolaboral de las personas, en este caso drogodependientes, ya que incluso dentro de la definición de estos recursos se evalúa como su objetivo esencial lograr la integración sociolaboral de las personas usuarias.

“Los centros de día son recursos privilegiados para el desarrollo del trabajo en incorporación sociolaboral” [informante clave]

<<Son el instrumento de referencia para la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones en Andalucía>> [Programa de intervención en centros de día de Andalucía. Comisionado de Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. 2003]

No obstante, los propios equipos profesionales de los centros de día, y en la bibliografía analizada, se explica que estos recursos no son considerados lo suficiente por parte del resto de la red de drogodependencias, y se indica la situación de aislamiento que soportan con respecto al resto de la red.

No existe una definición exclusiva de centros de día, sí existe una definición consensuada que es la ofrecida por la Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI), referente para los centros adscritos a ésta.

El hecho de que no exista una sola definición es significativo, por un lado de la variedad de actividades y conceptos de centros de día en territorio español, y por otro de la pluralidad de demandas y conceptos de las administraciones sobre estos.

Por tanto, antes de desarrollar la tipología de centros de día, vemos necesario analizar la variedad de definiciones institucionales de los mismos con el objeto de realizar una primera aproximación a la realidad de estos recursos.

Hemos encontrado definiciones de Centros de Día en catorce de las diecisiete las comunidades autónomas que dan forma al Estado Español. En la mayoría de estas definiciones se sitúa el centro de día como recurso de tercer nivel, cuyo acceso viene dado por derivación de otros recursos de drogodependencias. En muy pocas ocasiones se deja abierta la posibilidad de ser un recurso de “captación de población usuaria” que no esté en la red de drogodependencias.

Así mismo, dado que drogodependencias y adicciones se incorporan dentro del área





Rehabilitación social, lo que denota un grado de exclusión social importante de las personas participantes.

Incorporación: los centros de día son vistos como centros destinados a favorecer /apoyar la incorporación social. Denota que la población destinataria esta socialmente excluida.

Apoyo: En siete de las definiciones aparece la palabra *apoyo*. Recalcando su situación de recurso especializado que apoya a los existentes en las red de drogodependencias. Todo ello lleva parejo otro término que es *colaboración*, *coordinación*, con otros recursos e *intermediario*.

Terapéuticos: Vinculado al soporte de programas terapéuticos.

Centros con programas donde se realizan actividades ocupacionales y en menor medida formativas.

La Asociación de entidades de centros de día (ASECEDI) define estos recursos como recursos de atención a personas con problemas de abuso y dependencia con una orientación biopsicosocial y que permiten la monitorización y observación directa (mantenidas durante un horario diurno suficientemente amplio) del comportamiento y evolución de las personas que acuden a ellos. Son centros integrados en una red asistencial más amplia. Están atendidos por equipos multidisciplinares al objeto de intervenir sobre los diferentes factores psicológicos, sociales, de salud y educativos susceptibles de actuación inmediata y de supervisión cercana y mantenida. La intervención está estructurada en torno a una cartera de servicios bien delimitada. Las vías de ingreso están bien definidas y explicitadas y los circuitos de derivación se encuentran coordinados y garantizados. Dependiendo del tipo de red en la que estén integrados, pueden incidir más en áreas terapéutico-educativas, de incorporación socio-laboral o ambas.

Como vemos, la propia definición de ASECEDI hace una distinción que se ha visto tanto en los informes sobre la evolución de los Centros de día como en el propio análisis de las definiciones “políticas” de centro de día, y es que existe una clara diferenciación entre una visión de los centros de día con un enfoque más terapéutico-educativo, más enfocado hacia salud y actividades de ocupación del tiempo libre y centros enfocados hacia lo formativo-laboral; algunos centros incluso aúnan ambas.



Es necesario señalar que en las definiciones de las administraciones autónomas el término laboral implica un amplio abanico de ofertas, que incluyen desde talleres pre-laborales de habilidades básicas, técnicas socio-laborales, búsqueda activa de empleo o derivación a recursos formativos.

Además al ser recursos de segundo y tercer nivel las vías de ingreso y derivación están estipuladas y la composición de su personal depende de la orientación de los mismos.

Existe un factor que no está explícito en la definición de ASECEDI ni en la mayoría de las definiciones realizadas por las administraciones: los centros de día son recursos que mayoritariamente gestionan entidades del tercer sector por subvención de la administración. Pertenecen a la red asistencial pero a diferencia de los recursos que les derivan no son desarrollados por personal de la administración. Si volvemos al mapa de palabras de las definiciones encontramos la palabra *gestionado*, esto es debido a que este tipo de recursos son, repetimos, gestionados por entidades del tercer sector. Por otra parte, la incorporación en la definición institucional de los mismos de su gestión externa no deja de ser significativa, como es el caso del Principado de Asturias:

**CENTROS DE DIA.** • Centros privados subvencionados por el Principado de Asturias a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. • Apoyo psicoterapéutico en el proceso de tratamiento. • Formación ocupacional y laboral. • Apoyo de otros recursos comunitarios para la incorporación social de los drogodependientes. • Asesoramiento jurídico para que las personas con problemas de este tipo puedan iniciar un programa de tratamiento e incorporación social.

Las personas entrevistadas en el contexto de esta investigación definen los centros de día como recursos de apoyo al tratamiento de drogodependencias, que pueden ayudar a la adherencia al tratamiento, donde las personas pueden paliar sus necesidades de encuentro y pueden realizar diversas actividades. La característica que más define a los centros de día es el elemento temporal: el que las personas usuarias acudan regularmente a estos espacios. Son recursos flexibles que se adaptan a los perfiles de las distintas personas usuarias a través de un itinerario personalizado de inserción.

El modelo teórico identificado tiene que ver con mayoritariamente con un enfoque



psicoeducativo con presencia del modelo de modelo transteórico de *cambio* (Prochaska y DiClemente ).En algunos casos psicosocial. Hay presencia de lo cognitivo conductual.

Los objetivos generales de estos espacios, acordes con su definición, son:

- Promover estrategias específicas de intervención para facilitar la estabilización personal y la normalización social de personas con problemas de drogas y adicciones.
- Atender las necesidades de información, asesoramiento, orientación y formación de los familiares y de las personas con drogodependencias y adicciones y de la comunidad en general.
- Promover que la comunidad facilite la incorporación social y admita en recursos normalizados a personas con drogodependencias
- Atender las necesidades de información de las personas con adicciones y su familia.

Los principios generales de actuación, que se describen en el Protocolo de Intervención y Coordinación en Centros de Día de Atención a Drogodependientes en Extremadura, así como en el Programa de Intervención en Centros de Día en Andalucía, son:

- Igualdad y Universalidad
- Confidencialidad y Protección de Datos
- Individualización
- Complementariedad
- Normalización e Integración
- Coordinación
- Participación
- Gratuidad
- Responsabilidad pública

Las características fundamentales de un Centro de Día, deben ser:<sup>41</sup>

- Accesibilidad e instalaciones adecuadas

---

<sup>41</sup> Se puede profundizar en Op Cit pág 11 (13)



- Equipo de profesionales multidisciplinar
- Atención y evaluación del usuario
- La relación de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada
- Seguimiento de la satisfacción de las personas atendidas.
- Formación del profesional

Los centros de día deben trabajar en las siguientes áreas<sup>42</sup>:

- Área sanitaria
- Área social<sup>43</sup>
- Área formativo-laboral<sup>44</sup>
- Área judicial
- Área familiar
- Área de relaciones sociales
- Área de ocio y tiempo libre
- Área de desarrollo personal
- Área empresarial<sup>45</sup>
- Información

Igualmente, en dichos documentos se indica la metodología que debe guiar la intervención en centros de día, basada en: el protagonismo a la persona usuaria, la posibilidad de que los consumidores en activo también participen de acciones socioeducativas, la coordinación con el resto de la red y la sensibilización empresarial. Esa metodología será individual (en los itinerarios personalizados de inserción) y grupal; igualmente podrá ser una intervención a mínimos, básica o global, según el perfil de las personas usuarias.<sup>46</sup>

Esta atención integral requiere la profesionalización de los equipos. En los centros de día existen trabajadores sociales, psicólogos/as, orientadores/as laborales, auxiliares

---

<sup>42</sup> Op Cit pág 27 (35) y Protocolo de Intervención y Coordinación en Centros de Día de Atención a Drogodependientes en Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Política Social. Junta de Extremadura. 2011

<sup>43</sup> No aparece en el protocolo andaluz, sí en el de Extremadura.

<sup>44</sup> En el protocolo de Extremadura diferencian el área formativa del área laboral, no así en el protocolo andaluz.

<sup>45</sup> No aparece en el protocolo de Andalucía, sí en el de Extremadura.

<sup>46</sup> Esta última aparece en el protocolo de Extremadura, no en el de Andalucía.



administrativas y coordinadoras. En los centros más hospitalarios no hay trabajadores sociales y sí enfermeros, médicos, psiquiatras...<sup>47</sup>

En ASECEDI hacen especial importancia en el rol de los profesionales de estos recursos, como un “profesional capaz de dinamizar una relación terapéutica con la persona atendida”. La relevancia de estas figuras profesionales radica en su incidencia sobre la persona a la que atiende, modificando sus conductas. Estos profesionales mejoran el desarrollo personal, social y emocional de las personas mediante la aplicación de terapias y dinámicas formativas, haciendo partícipe a la persona de su propio proceso.

Existen algunas características que debe contar la atención sociosanitaria impartida por estos equipos profesionales, tales como la claridad y la sinceridad, la confidencialidad, la empatía, la comprensión, la no discriminación e igualdad en el trato y la espontaneidad.<sup>48</sup>

Los profesionales de los centros de día pueden clasificarse en dos grupos, los que se dedican a la consecución y el mantenimiento del bienestar físico, y los que cuidan el equilibrio psicológico.

Las actividades que se realizan con las personas usuarias, o el itinerario personalizado de integración sociolaboral, se diseñan teniendo en cuenta las características de las personas usuarias. En todas las localizaciones, y fruto de esa evolución de la población usuaria de los recursos que ya hemos indicado antes, se observa que existen dos perfiles diferenciados de población, las personas crónicas, de larga trayectoria de consumo de heroína, de vida desestructurada en general. Son personas de una edad de más de 40 años. Y el perfil más normalizado, de personas más jóvenes, con consumos de cocaína, cannabis y alcohol que han empezado a llegar más recientemente, y eso que a este perfil más novedoso le cuesta reconocerse como drogodependiente y acudir a recursos específicos de ayuda. También son mayoritariamente hombres.

---

<sup>47</sup> En el estudio de ASECEDI se hace especial insistencia en la necesidad de incluir en los centros de día la figura de promotor de empleo o agente de inserción laboral, que es el responsable del acompañamiento y asesoramiento en los itinerarios de inserción sociolaboral de los demandantes de empleo, además de un perfil profesional especializado en empleo y adicciones.

<sup>48</sup> Para profundizar, acudir a Op Cit pág 11 (13)



Mujeres acuden pocas a los recursos, porque soportan mayor estigma y por lo tanto es complejo que asistan a este tipo de recursos tan específicos, además de que suelen contar con cargas familiares no compartidas que les dificulta la asistencia a recursos.

En función de estos perfiles se van planificando las actividades y actuaciones de los centros de día. Con el perfil más antiguo se realizan acciones más ocupacionales, para que llenen su tiempo libre y no estén en la calle consumiendo y rodeados de otras personas consumidoras. Con el perfil más nuevo sí se practican otro tipo de acciones con objetivos más enfocados a la empleabilidad, porque tienen oportunidades de insertarse laboralmente, tanto por la edad (son jóvenes) como porque la trayectoria de consumo no es tan larga y no han sufrido tanto deterioro.

Las actividades actuales desarrolladas por los centros de días siguen la línea de las dos grandes concepciones (más tendentes a lo terapéutico o más tendentes al aspecto de integración), si bien las actividades laborales son mencionadas frecuentemente entre las actividades desarrolladas por los centros.

Entre los centros que desarrollan actividades de ocupación del tiempo libre, es decir, en los centros menos destinados de origen al objetivo de integración y más al terapéutico con acciones ocupacionales, se realizan también actividades de orientación laboral a través de talleres encaminados a adquirir una serie de habilidades básicas para incorporarse a la búsqueda activa de empleo. Pero estas actividades no suelen estar inscritas dentro de un programa laboral definido, dentro de un itinerario de inserción laboral, ya que no forman parte de los objetivos de esos recursos de día más orientados a lo ocupacional-terapéutico, siendo derivadas las personas usuarias que estén en condiciones de reinsertarse laboralmente a programas de empleo convencionales.

De los centros que desarrollan actividades laborales hay que distinguir aquellos que tienen capacidad para desarrollar talleres y acciones formativas, de aquellos centros que se constituyen como recursos de búsqueda de empleo que frecuentemente desarrollan también talleres de habilidades sociales y preparación y motivación para la incorporación a la búsqueda activa, pero esta vez estos talleres sí se plantean dentro de un itinerario de programa.

Vamos a resumir la tipología de centros de día antes expuesta en un gráfico, donde se observará más claramente:





de día desarrollan actividades, mayoritariamente talleres grupales, con enfoque laboral y de ocupación del tiempo, de trabajo de habilidades sociales y en menor medida formativas.

Según lo expuesto podemos llegar a una definición donde un centro de día es –o debería ser- un recurso dependiente de la red de drogodependencias y gestionado por entidades del tercer sector donde se desarrollan actividades, fundamentalmente grupales, encaminadas a la inserción social.

Existen dos concepciones de las actividades de centro de día por un lado una centrada más en lo terapéutico educativo y otra centrada en lo formativo –laboral. En las definiciones de las administraciones el aspecto laboral no queda explicitado, entendiendo que se engloba dentro de la inserción/rehabilitación social. Lo que sí está claro es que de una manera u otra las actividades de los centros de día se aproximan a este aspecto laboral, o bien porque se han constituido en recursos laborales específicos para población drogodependiente, o bien porque dentro de la concepción de incorporación social se aborda la inserción laboral, con mayor o menor profundidad.

## ***2. Qué son Centros de Día para personas drogodependientes: según CCAA***

Como se ha abordado anteriormente los centros de día parten de una necesidad concreta en los años 80 y a raíz de ahí van evolucionando adaptándose a los diferentes perfiles y generalizándose en el territorio nacional en la década de los 90.

La pregunta que surge entonces es de qué ha dependido la orientación de los mismos. Como vemos, en las definiciones institucionales no se explicita de forma inequívoca esta tendencia. Descartando aquellos casos en los que los centros dependen de salud mental, como en Cataluña, las demás definiciones parecen dejar la orientación de los mismos más hacia los modelos por los que opten las entidades que los gestionan que a modelos normatizados.

¿Es esto así? Y si es así ¿de qué depende?

Por un lado lo que tenemos es una definición del centro de día amplia en la parte institucional, lo que deja un margen de interpretación sobre el objetivo del recurso muy



amplia, que permite adaptar su funcionalidad a las necesidades con los pros y contras que esto conlleva.

Por otro lado, explica las diferentes concepciones de las funciones del centro de día a nivel estatal. Sobre la normativa de los centros de día, se nos transmite por parte de profesionales entrevistados/as que en otras comunidades autónomas sí existe una reglamentación más estricta al respecto sobre qué tipo de recursos son los centros de día para atención a población drogodependiente. Efectivamente, realizando una búsqueda sobre protocolos de intervención de centros de día, observamos que en Extremadura y en Andalucía, que son las localizaciones presenciales que se han tenido en cuenta en el estudio, sí existe un documento que detalla qué es un centro de día y cómo debe funcionar.

La especialización de los centros de día y su apuesta por lo laboral, se vincula a la evolución de los perfiles de los participantes. Pero dado que los perfiles de los participantes han sido una tendencia homogénea en el territorio nacional, no explicaría esta diferencia.

En el caso del País Vasco<sup>49</sup> se vincula la especialización en empleo a la aplicación de la iniciativa europea Horizon que tenía como objetivo mejorar las oportunidades y perspectivas de empleo de las personas con discapacidades mediante las siguientes acciones. De hecho esta evolución ha implicado un cambio de terminología pasando de centros de día a centros de inserción.

En el caso de Andalucía en el “Programa de Intervención en los Centros de Día” se explicitan una serie de áreas en las que se han de enmarcar las actividades de los centros. Lo que encontramos son diversos modelos de centros en función de las necesidades detectadas en la población que acude a los mismos, pero no por la incorporación de nuevos perfiles a los que sí se adaptan las actividades, sino por las necesidades del entorno en el que se sitúan y las administraciones con las que colaboran. De tal forma que existen centros de día que incorporan una priorización del área terapéutica, otros que priorizan el área laboral y otros que priorizan la ocupación del tiempo libre. Todos se enmarcan dentro de lo definido pero en la práctica son recursos muy diferentes.

---

<sup>49</sup> Op Cit pág 26 (34)



Castilla La Mancha ha optado por una decisión salomónica proporcionando una definición genérica común y distinguiendo luego dos tipos de centros: terapéuticos y de incorporación social.

Los centros de día son recursos intermedios entre la asistencia ambulatoria y las comunidades terapéuticas. Están destinados a la asistencia y rehabilitación de toxicómanos en régimen intermedio (la persona pasa varias horas al día en el centro, pero duerme en su casa), y proporcionan una actuación terapéutica intensiva, en relación con las UCA.

Centros de Día Terapéuticos Son dispositivos terapéuticos destinados al tratamiento de las drogodependencias en régimen intermedio. Pretenden proporcionar al usuario una atención intensiva y frecuente. Pueden estar basados en modelos de intervención y estrategias diferentes, pero siempre con una orientación terapéutica y no meramente ocupacional o resocializadora. (..)Centro de Día, en el que se realizan actividades complementarias unidas al tratamiento ambulatorio. En dicho centro se realizan actividades ocupacionales, formativas y deportivas.

Centros de Día para la Incorporación Social. Son todos aquellos dispositivos, que funcionando en régimen intermedio, tienen como objetivo favorecer distintos aspectos de la incorporación social o servir de apoyo a los tratamientos. No son autónomos respecto a su capacidad terapéutica y precisan utilizar otro recurso asistencial.(..) Sus funciones son: Realizar actividades ocupacionales, formativas y de ocio y tiempo libre destinadas a la incorporación a la sociedad de los usuarios. Captación de pacientes que no están incluidos en la red de tratamiento y su posteriormente derivación a la UCA. Actuar de apoyo en el programa de metadona realizando la función de familia sustituta.

Como se puede leer, en ambos se desarrollan actividades ocupacionales y formativas, en las que se enmarcan actividades encaminadas a la inserción laboral.

Tomando como ejemplo estas tres definiciones, tenemos que lo formativo laboral es un elemento presente en los centros de día, en ambos modelos, ya que el empleo es uno de los elementos clásicos de integración social.

En Madrid se nos transmite que no existe un protocolo formal sobre lo que son centros de día, y en el caso de algunos centros de tratamiento tanto de la Comunidad como del Ayuntamiento (CAIDs y CADs, respectivamente) se les considera por parte de las



propias instituciones financiadoras y de otras entidades (ASECEDI) como centros de día, a pesar de que algunos de ellos son meramente asistenciales (es cierto que algunos más que otros tienen integrada cierta atención de integración sociolaboral); estos recursos públicos –como hemos visto- al convertirse en recursos asistenciales externalizan otro tipo de atenciones más sociales, y este hecho ocasiona que a veces existan divergencias en la intervención que se realiza en los recursos con las personas usuarias. A su vez estos recursos de inserción laboral a los que llegan las personas derivadas de estos CADS y CAIDS no se consideran a ellos mismos centros de día puesto que no cuentan con otro tipo de actividades al margen de la orientación laboral (y además se nos transmite que por orden de las instituciones financiadoras no pueden realizar otro tipo de tareas) y las personas usuarias no cuentan con una obligatoriedad de pasar allí la jornada. Incluso los propios recursos de orientación laboral derivan a otros espacios donde se realizan talleres ocupacionales, puesto que hay una necesidad práctica de que cierto perfil de usuarios que aún no están preparados para la inserción laboral vayan “ocupando el tiempo”. Lo cierto es que, según nos comentan, la oferta formativa realmente no tiene un resultado integrador y no se corresponde con lo que demanda hoy en día el mercado de trabajo. Es decir, al margen de una vía formal que estos espacios destinados a la integración sociolaboral deben cumplir se encuentran con una necesidad práctica que van resolviendo.

Así pues, no existe un protocolo formal sobre lo que es un centro de día, y tampoco sobre las características concretas que debe tener, aunque sí parece existir la opinión mayoritaria de que se está abandonando el interés bisopsicosocial apostando únicamente por el sanitario. A este respecto, las personas entrevistadas explican que existió alguna propuesta de que los recursos públicos para drogodependientes de Madrid dejaran de existir y la atención médica y el tratamiento que requieren estas personas pasara a los centros de atención primaria; normalizar la problemática de las drogodependencias hasta el punto de diluirla. Pero este intento en Madrid no fructificó ya que los equipos profesionales de atención primaria no se sentían preparados para tratar con personas drogodependientes.

Como vemos, y tal como indica Arellano, “la confusión puede proceder de la denominación histórica de los centros públicos en cada CCAA, también del hecho de que algunos centros de tratamiento han tenido una orientación reincorporadora mayor que otros, y de que algunos centros privados mezclan objetivos de tratamiento y de incorporación en un mismo y único programa (diferente del modelo público), etc. Pero hay un elemento diferencial: los centros de tratamiento (CTA, CCD, CAD, etc.) son las



unidades básicas territoriales de referencia del sistema, mientras que los CD son elementos complementarios. Una unidad básica suele estar constituida por un equipo mínimo de psicólogo, trabajador social, médico y administrativo. Además puede disponer de otros profesionales como psiquiatras, educadores, ATS, etc. Puede tener añadidas otras funciones y calificativos relacionados con la incorporación social, porque su concepción biopsicosocial se lo permite. Es la entrada oficial al sistema de registro, diagnostican e inician tratamiento. También pueden derivar los usuarios, dentro de la red pública o concertada, a CT, UDH, Pisos, etc. y a Centros de Día o de incorporación social. A su vez, un Centro de Día singular puede tener un programa terapéutico muy sofisticado (nadie se lo impide), pero, al menos desde una perspectiva pública, lo determinante es quién cumple con la función básica de referencia en el territorio y no quién tiene el mejor programa terapéutico. Otra cosa es que determinados Centros de Día muy bien dotados lleguen a alcanzar la condición de unidad básica de referencia para una zona.

Así, hay que establecer diferenciaciones entre Centros de Tratamiento Terapéutico, que aunque puedan incorporar actividades de integración sociolaboral no dejan de ser los recursos de primer orden: diagnostican y tratan de manera terapéutica o clínica. Y Centros de Día, que son recursos digamos de segunda puerta, en los que sí se realizan objetivos de integración sociolaboral, pero también en algunos casos pueden contar con atención terapéutica.

Hay que destacar que en Madrid los únicos recursos denominados centros de día vinculados a la población drogodependiente que actualmente existen, aunque no pertenecen a la red de atención a drogodependencias son otro tipo de *recursos singulares*. Se trata de un centro de día de atención de patología dual y otro centro de día gestionado por Cáritas, que son administrados por entidades sociales pero con la financiación del Ayuntamiento de Madrid. En el discurso con los profesionales relacionados con la integración social citan a estos recursos de Cáritas y de Patología Dual como lo que debería ser un centro de día para población drogodependiente; es decir, proponen adaptar el formato de estos recursos singulares a la red de drogodependencias. Los motivos por los que consideran que estos recursos sí pueden considerarse centros de día son, primero, que cuentan con un horario amplio donde las personas usuarias pueden ir a ocupar su tiempo con diversas actividades, según sus distintos perfiles, y se realizan atenciones familiares. Además estos recursos cuentan con servicios socio sanitarios como duchas, comedor, etc.



Al Centro de Día de Cáritas sólo tienen acceso las personas que ya han pasado por la unidad hospitalaria, y se mantiene la atención con los profesionales de la unidad de patología dual, en colaboración con los CAD. En el centro de día se adopta un tratamiento diverso según el perfil de la persona usuaria, en cuanto a la medicación.

Sin embargo, estos *recursos singulares* no se consideran ellos mismos como centros de día ya que cuentan con una estancia limitada de seis meses para las personas usuarias (entre la planta hospitalaria y el centro de día).

También los profesionales de Madrid nos hablan de la existencia de un centro privado de la Cruz Roja del que no contamos con más información.

Esta divergencia entre recursos en cuanto a la integración laboral pensamos que puede ser resultado de esa evolución que han experimentado estos recursos en función de los perfiles que iban llegando, y que son diferentes ya no sólo según de qué localización hablemos sino de qué zona, de qué barrio de una misma ciudad.

Evidentemente, las personas entrevistadas más relacionadas con recursos de empleo o instituciones políticas de empleo hacen más insistencia en la necesidad de tener en cuenta este factor dentro de los centros de día; de hecho, desde la Secretaría de Drogodependencias de la Junta Extremadura se nos traslada que todos los centros de día tienen un programa concreto de inserción laboral, y en Sevilla desde la Consejería de Empleo se nos informa de que en un momento dado se realizó trabajo de sensibilización del empresariado desde los centros de día y se insiste en el valor de la integración de la persona drogodependiente a través del empleo.

### ***3. Los Centros de Día en la red de atención a drogodependencias:***

Desde las personas consultadas se manifiesta que el hecho de que los centros de día surgieran de una necesidad acuciante y que cada uno fuese adaptándose al perfil de personas que iba llegando -a unos más y a otros menos- al recurso, generó que no existiese una homogeneidad en cuanto al concepto y el modelo de centro de día. Todo ello originó también que su presencia y visibilidad en la red de drogodependencias fuese confusa, además de muy desigual y diversa. El resultado de todo ello es que son centros que durante muchos años han estado relativamente asilados del resto de la



red de atención a drogodependencias; especialmente ello se observa en las opiniones de las personas entrevistadas en Sevilla. Todo ello en Andalucía ha intentado minimizarse en los últimos años, creando un sistema de información centralizado a través del que estos centros se vinculan más a la red y visibilizan toda su actividad, dando cuenta de ella.

Este hecho no es baladí ya que como hemos señalado son recursos de segundo y tercer nivel al que derivan la red de drogodependencias y salud mental, y con los que debería de existir una coordinación elevada.

Sobre la presencia de los centros de día para personas drogodependientes en la red de drogodependencias, también existen diversas opiniones en el trabajo de campo realizado para este estudio.

Las personas informantes clave de Sevilla vinculadas directamente a los centros de día indican que son recursos que históricamente han estado muy aislados, aunque con el nuevo sistema de información implantado en toda la red de drogodependencias de Andalucía estos recursos están más integrados en la red. Se indica que quizá la ubicación de estos recursos no permita mayor permeabilidad y ello genera poca orientación comunitaria.

En Extremadura se transmite que sí están insertados dentro de la red de adicciones.

En Madrid, al considerarse que no existen centros de día públicos no se realizan estas valoraciones aunque desde los dos centros de día concertados que hemos entrevistados sí parecen existir vínculos entre dichos recursos y el resto de la red.

Según los protocolos de intervención de centros de día analizados, y las vías de acceso facilitadas por los propios recursos, la relación entre centros de tratamiento y centros de día debe ser fluida, especialmente porque las personas usuarias de los centros de día únicamente pueden llegar derivadas de centros de tratamiento de adicciones, con lo que la coordinación debe ser constante.

En cuanto a la coordinación entre centros de día también hay variación de opiniones.

Si se trata de Extremadura se nos traslada que existe vinculación entre estos recursos; si se trata de Sevilla las opiniones divergen, y no en función de si proceden de



contactos institucionales o técnicos de los centros de día. Hay quienes indican que sí se realizan actividades conjuntas y hay quienes señalan que no.

### *Los Centros de Día para personas drogodependientes y las instituciones financiadoras:*

Por último, las relaciones de los centros de día con las instituciones políticas también es diferente.

En Sevilla los informantes clave de tipo institucional indican que las relaciones entre los centros de día y los financiadores son escasas y muy limitadas, y reclaman mayor contacto por parte de los centros de día, además de hacer una insistencia especial en el aspecto laboral.

No obstante, desde las coordinaciones de algunos centros de día consultados e incluso también desde algún contacto institucional existe una importante crítica hacia el ayuntamiento que “se limita a subvencionar” sin preocuparse o interesarse por el trabajo real en los centros de día. Estas críticas se enfocan mayoritariamente hacia el tipo de modelo más o menos adecuado (meramente ocupacional o de reinserción) que el Ayuntamiento defiende y el desconocimiento del modelo que conviene implantar en los centros de día.

En Extremadura en cambio sí se valora una relación fluida de estos recursos con las entidades o instituciones financiadoras, aunque se traslada la necesidad de fortalecer el aspecto laboral.

En Madrid no hemos podido hablar con contactos institucionales pero la visión de los centros de día es que se está tendiendo a priorizar la atención meramente sanitaria.

El futuro de los centros de día se observa como incierto, pero no porque se estime que son recursos innecesarios, sino por la coyuntura económica que ahora mismo se maneja. También, en ocasiones se percibe la necesidad de que den respuesta a más realidades de las personas usuarias (patología dual, violencia de género) y en cualquier caso se reclama aún más coordinación con los centros de tratamiento, es decir, más visibilidad y presencia de los centros de día en la red.



La bibliografía consultada señala, igualmente, la compleja relación entre los Centros de Día y las redes de atención sociosanitaria de carácter público.

<<Los organismos públicos ven en el Centro de Día una extensión de su actividad o una institución subordinada>> [Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI.]

### ***El itinerario en los centros de día.***

Como hemos dicho, este proceso o trabajo e integración requiere de la existencia de un **itinerario personalizado de inserción** que se haya diseñado en base a las características y necesidades de cada persona, teniendo en cuenta la intervención tanto individual como del entorno social, y trabajando no sólo la ocupación laboral si no también otras facetas de su vida, también la social. El IPI consiste en la trayectoria (ruta) que cada persona tiene que recorrer para llegar al empleo<sup>50</sup>.

<<Se trata de una metodología que se puede generalizar y establecer como guía estructurada de la intervención. En este sentido, se organiza en torno a la intervención con determinados colectivos al mismo tiempo que considera el diagnóstico del tejido empresarial y del mercado de trabajo de la región a un nivel más global. El itinerario aporta a los servicios que se prestan, a la intervención, el grado de integralidad necesario para atender las diversas necesidades de las personas beneficiarias así como la cualidad de ser aplicable por distintas entidades.>> [Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación Social. Martínez, N (coord.)2003.]

El IPI debe contar con una serie de áreas a tratar: Salud, consumo, vivienda, ingresos, red social y familiar, recursos personales y psicológicos, situación legal, formación y empleo.<sup>51</sup>

Desde la Guía para la aplicación del itinerario integrado y personalizado de inserción sociolaboral elaborada por SEPECAM se destacan una serie de características concretas del IPI, que son las que siguen:

---

<sup>50</sup> Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación social. Natxo Martínez, (coord.) 2003.

<sup>51</sup> La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención. Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma del Estado de México. 2001



- Proceso cuyo objetivo es la mejora de la situación sociolaboral de las personas.
- Integra de manera secuencial las distintas etapas de las que consta, tanto si a nivel individual se pasa por todas ellas como si no.
- Se operativiza en un plan de trabajo para que la intervención sea de carácter personalizado.
- Los itinerarios deben estar dirigidos a aquellas personas, o grupos de personas, con voluntad para trabajar, que se encuentren con alguna dificultad añadida, además del desempleo.
- Se entiende por dificultad añadida la carencia de competencias personales y/o profesionales, o bien la pertenencia a un grupo de exclusión o en riesgo de exclusión social.
- Supone la combinación de dotación y distribución de recursos con el conocimiento sobre el mercado de trabajo, el tejido empresarial y los niveles de desempleo, todo ello a nivel territorial.
- Como condición para su aplicación, se debe contar con equipos de trabajo multidisciplinares y especializados. El itinerario debe incorporar, por tanto, elementos para la coordinación los recursos y servicios que intervienen en el proceso de inserción sociolaboral.
- El enfoque de un itinerario de inserción sociolaboral, entendido como servicio, debe ser mixto. Es decir, debe atender tanto a lo psicosocial como a los aspectos económicos.
- Debe ser soportado por una organización sólida, que gestione adecuadamente los recursos.
- Para que sea integral, debe partir del diagnóstico y evaluación de necesidades de los colectivos de beneficiarios/as, así como su posible derivación a otros recursos.



También se añaden los siguientes rasgos:

- Debe ser exclusivo
- Debe ser motivacional
- Debe ser flexible
- Debe generar retroalimentación
- Debe preconizar el protagonismo de la persona usuaria
- Debe ser producto de una planificación de los objetivos
- Debe ser práctico

A partir de estas características se expone una definición concreta de IPI: “ proceso que integra una serie de servicios y recursos, distinguibles pero asociados y coordinados entre sí que se ofrecen a un mismo destinatario/a de forma adaptada a sus características individuales, con el fin de incidir sobre las diferentes dimensiones de las problemáticas que obstaculizan su acceso efectivo al mercado de trabajo y mejorar su situación sociolaboral”.

Desde este documento, igualmente, se exponen los objetivos de este instrumento:

<<El objetivo general de la metodología de los itinerarios de inserción sociolaboral, es proporcionar un método de intervención integrando recursos y servicios para atender las diversas problemáticas que obstaculizan el acceso efectivo de las personas al mercado de trabajo, y mejorar su situación sociolaboral.>> [Guía para la aplicación del itinerario integrado y personalizado de inserción sociolaboral, SEPECAM]

Los objetivos específicos que se persiguen con la aplicación de esta metodología son:

- Promover el tratamiento integral de las necesidades de las personas
- Mejorar la situación sociolaboral de las personas beneficiarias
- Proponer orientaciones para la coordinación de servicios y recursos de inserción sociolaboral
- Proponer herramientas instrumentales para su aplicación en el proceso de inserción sociolaboral.

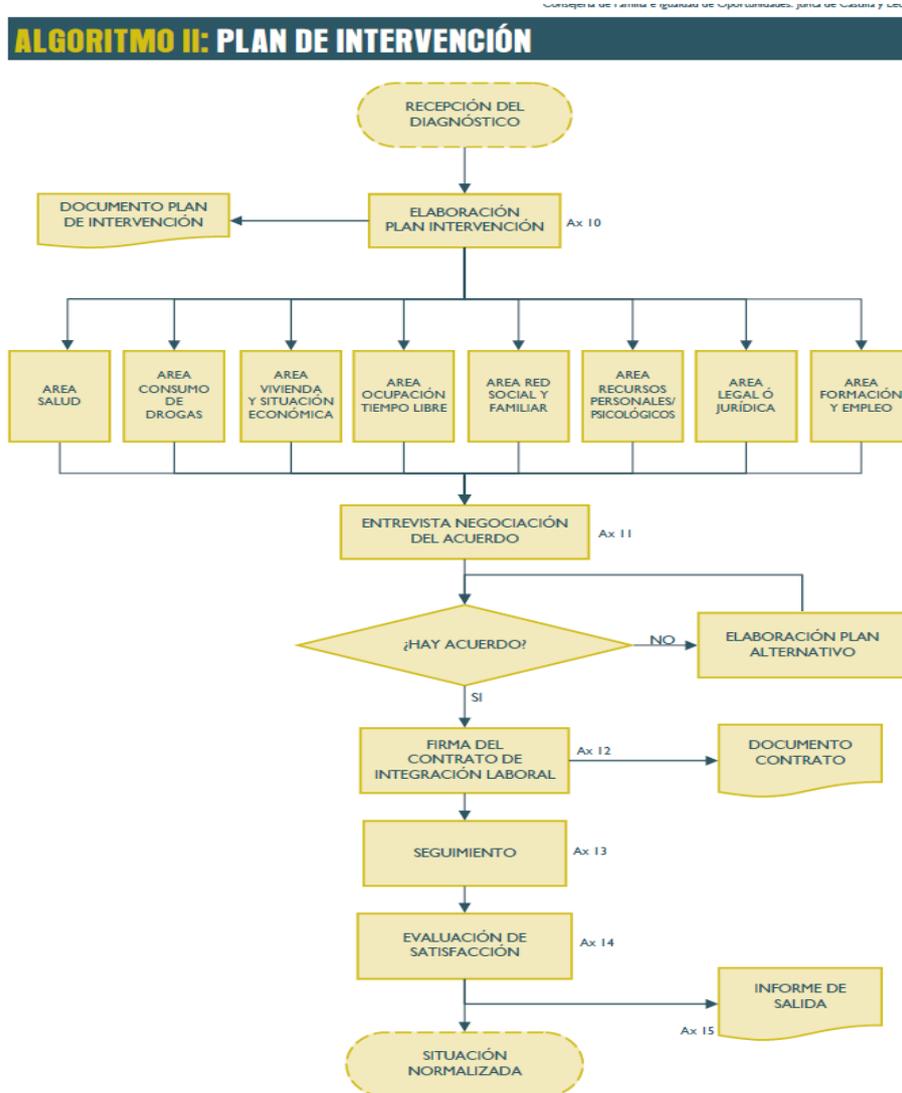
Las etapas del IPI serían:



- a. Acceso a los itinerarios.
- b. Diagnóstico de la situación socio laboral
- c. Plan de trabajo.
- d. Derivación.
- e. Seguimiento y evaluación.
- f. Intermediación.

En la guía de profesionales de Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes de la Junta de Castilla y León (2007) se plantea este mapa de elaboración de itinerarios:

**GRÁFICO 10**



Ax (n°): Llamada sobre la existencia de uno o varios anexos con un documento de referencia sobre la actividad.

[fuente: guía de profesionales de Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes de la Junta de Castilla y León (2007)]

El proceso de integración que se desarrolle desde un centro de día varía, según hemos analizado en los protocolos de Andalucía y Extremadura; en el primero el proceso no debe superar los nueve meses, y en el segundo los doce meses.

En cuanto a la existencia, precisamente, de unos itinerarios de integración sociolaboral de carácter personalizado, el resultado extraído del trabajo de campo muestra que en este punto es donde más diferencias existen en las opiniones de las personas entrevistadas según la localización y según sean contacto institucional o personal de un centro de día.

En Extremadura por parte del contacto institucional se nos traslada que existe un protocolo de mínimos y cada centro de día va adaptando su intervención a la población usuaria a través de la elaboración de un itinerario personalizado de inserción que define las necesidades de cada persona usuaria.

En Sevilla existen opiniones diversas, desde unas informaciones se indica que existe un protocolo de mínimos pero no así desde otras, en el caso de las respuestas ofrecidas por parte de los contactos institucionales. Por parte de los centros de día se indica que si existe un mínimo protocolo este es “muy pobre”. Además desde algunas voces, tanto institucionales como de los equipos de centros de día, se indica que falta más insistencia en la atención socio laboral.

En Madrid al no existir centros de día públicos no se ha podido resolver esta cuestión aunque por parte de los centros de día concertados hemos obtenido una visión protocolizada de la intervención que pasa por una primera presencia de las personas usuarias en centros de tratamiento, y posteriormente una admisión en los centros de día estableciendo itinerarios personalizados en función de las necesidades de las personas usuarias. No obstante, desde los profesionales consultados/as se nos ha trasladado la inquietud de generar un protocolo estanco que no permita la adaptación a los perfiles. Lo que sí se valora en opinión de personal implicado en la integración de población drogodependiente es la necesidad de contar con unas premisas metodológicas básicas en todos los centros de día; procurar que la estancia de las personas en los centros de día sea temporal, el tema de la finalidad y la funcionalidad: que se conozca para qué sirven los centros de día; el área motivacional, la individualización, la estimulación en cuanto a las actividades, que promuevan una atención integral con un aspecto sanitario importante para promover la adherencia al



tratamiento.

En todas las opiniones, sin que la localización las diferencie, en general se observa que las personas usuarias tienen que llegar derivadas de centros de tratamiento, pero en ocasiones llegan por su propio pie así que se les hace una acogida intentando que ingresen en un centro de tratamiento a través del cual poder acceder al centro de día.

En los documentos analizados que regulan la intervención en los centros de día de Extremadura y Andalucía, comprobamos que efectivamente el primer requisito es que las personas estén en un centro de tratamiento, bien en programa de metadona, libre de drogas o reducción de daños. Y si acude una persona directamente, el Centro de Día se pondrá en contacto con el centro de tratamiento de referencia para gestionar la derivación.

Esta derivación entre centro de día y centro de tratamiento de referencia con frecuencia se limita a ser la única coordinación entre ambos. Como hemos señalado en el apartado de coordinación las dificultades en este aspecto tienen su reflejo en la aplicación real del itinerario personalizado de inserción.

El itinerario personalizado de inserción entendido como producto del acompañamiento al individuo y de apoyo y referencia, queda circunscrito en exclusiva a la parte de la vida de esa persona para la que el centro de día se erige como apoyo. Por tanto la orientación bio-psico-social del proceso de acompañamiento y el IPI se pierden.

Como hemos visto y manifiesta todos los recursos de los que se ha tenido información la trayectoria dentro del recurso sí es individualizada, pero la coordinación con otros recursos de la red no es fluida. Esto implica que la información que cada uno de los profesionales de la red tiene sobre la persona participante está fragmentada, haciendo imposible una atención bio-psico-social integral. Y que el acompañamiento de la persona se circunscribe al ámbito de acción definido por la demarcación del recurso. De hecho los recursos identifican su modelo de atención según su orientación sea más laboral o más médica.

La pregunta que surge entonces es ¿se desarrollan realmente Itinerarios Personalizados de Inserción?. Sí, en muchos de los casos, sobre todo en aquellos que lo tienen pautado desde un modelo común, pero en las respuestas de los recursos también se observa una confusión entre el itinerario personalizado de inserción y la



personalización de la intervención.

Como hemos visto el IPI tiene una serie de fases y objetivos programados que se basan en el pacto de objetivos y la relación establecida entre la persona profesional y la persona participante. La adecuación de la intervención a la persona participante no siempre tiene como resultado un IPI, ya que puede no existir pacto o trayectoria, es simplemente una personalización de la actividad en función de las características de las personas participantes. Esta personalización, individualización, es necesaria dada la diversidad de situaciones y variables que puede presentar una persona con problemas de drogodependencias, pero meto lógicamente no tiene porque ser un Itinerario Personalizado de Inserción.

Por otra parte hemos de señalar que en la mayoría de los casos se realiza un seguimiento una vez dado de alta del servicio.

### ***Sobre los profesionales:***

Anteriormente hemos hecho mención a los equipos de profesionales que se encuentran en los centros de día, dependiendo de en qué tendencia mayoritaria se orienten: más asistencialista y ocupacional o más relativa a la integración sociolaboral.

Lógicamente las diferencias entre los tipos de centros de día marcan la composición de los equipos profesionales de los distintos centros. Los centros de día se constituyen como modelo complementario a la red de drogodependencias, por tanto según sea el espacio que ocupen se adoptara un modelo más inclinado hacia la inserción socio-laboral o con un enfoque más médico. Pese a ello hay elementos comunes en ambos modelos:

La atención, orientación psicológica es la base de los equipos, estando presentes esta categoría profesional independientemente de la orientación del centro. A esta categoría se le suman los auxiliares administrativos, dedicados a la administración e los recursos y con frecuencia a la recepción en los mismos.

Tomando como base ambas categorías profesionales, los equipos de los centros de día, se configuran como equipos multidisciplinares, encaminados a proporcionar una atención biopsico- y menos social.



La figura del trabajador social o el personal médico es la que distingue un centro de día con modelo médico de un centro de día con más orientación social. Los centros de día con modelo de integración laboral unen a esta composición la figura de orientación laboral.

Modelo médico:

- Psiquiatras
- Enfermeros
- Médicos
- Psicólogos
- Educadores
- Auxiliares administrativos

Los modelos médicos tienden a delegar el área “Social”, entendiendo este como inserción laboral, apoyo social...etc. en los dispositivos de drogodependencias con los que se coordinan.

En modelo laboral:

- Orientadora laboral
- Psicóloga
- Trabajadora social
- Auxiliar administrativa

Los modelos orientados a la integración laboral delegan a la parte “biopsico”, entendiendo esta como aspectos médicos y de tratamiento, en los dispositivos de drogodependencia desde los que les derivan a las personas participantes.

Como modelo mixto

Psicólogos

Médico

Trabajadora social

Educador

Auxiliar administrativo

Funciones:

Los psicólogos tienden a centrarse más en lo individual, entrevistas y conciertos de



itinerarios y objetivos, diseño del itinerario personalizado de inserción. Cuando desarrollan actividades grupales suelen ser muy concretas vinculadas al desarrollo de habilidades sociales y el control de impulsos.

Los educadores desarrollan actividades grupales encaminadas a desarrollar habilidades sociales y/o pre-laborales, así como gestión/ocupación del tiempo libre.

Especial relevancia cobran el personal administrativo que con frecuencia se sitúa en la recepción del recurso constituyéndose en la primera cara visible del mismo y proporcionando una primera información sobre el recurso.

La función del equipo médico es pautar la administración de opiáceos sustitutivos y hacer un seguimiento mínimo que permita detectar patologías y controlar adherencias al tratamiento de enfermedades como VIH, hepatitis...etc. El personal médico se encarga en exclusiva de este seguimiento y control, derivando al sistema de salud cuando considera pertinente. De igual forma actúa el personal psiquiátrico realizando primeras evaluaciones y encargándose de realizar un seguimiento de la adherencia a los tratamientos psiquiátricos así como derivaciones a la red de salud de los casos que necesiten de un tratamiento más completo.

La multidisciplinaridad de los equipos se ha ido desarrollando paralelamente a la progresiva adaptación de los recursos a las demandas de las instituciones financiadoras y a la evolución de los distintos perfiles de las personas atendidas.

### ***Sobre las personas usuarias del centro de día:***

Los centros de día al igual que el resto de recursos de la red han ido recibiendo y adaptándose a la evolución de la población drogodependiente.

El perfil de la población actual de los centros de día es:



## GRÁFICO 11

- Hombres
- Entre 35-45 años
- En programas de metadona y con consumo de alcohol y mezcla (heroína y cocaína)
- Asuntos judiciales pendientes
- Patología dual
- Convivencia con familia de origen
- Desempleados y con historial laboral intermitente

[fuente : elaboración propia]

El perfil medio es similar al de las personas que ingresan en la red de drogodependencias (PNSD 2009), en algunos casos algo más envejecido.

Como hemos señalado con anterioridad la evolución de los centros de día ha ido paralela a la incorporación de nuevos perfiles. Por un lado de aquellos consumidores, mayoritariamente hombres, con consumo de cocaína y un perfil social de mayor integración con mayor formación y experiencia laboral.

Por otro lado la incorporación de un perfil más joven con poli-consumos y bajo nivel educativo pero que conjuntamente con el anterior presenta unas necesidades enfocadas hacia lo laboral más que hacia lo social, y un perfil de mayor empleabilidad, lo que demandaba una permanencia en los recursos menor y una perspectiva de integración mayor.

Esto ha provocado la convivencia en los recursos de varios perfiles, uno con una mayor trayectoria de consumo y una peor situación social y de salud, y otros con unas demandas concretas y unas características sociales integradas.

Hasta ahora el primer perfil, pese a que la mayoría de centros de día tienen un periodo de estancia limitada en sus programaciones, ha tendido a cronificarse en estos recursos, y en otros de la red de drogodependencias. Es decir la mayoría de los centros de día cuentan con la complicidad de las administraciones para atender a personas usuarias de larga trayectoria, mientras que formalmente se mantienen unos límites de estancia en el programa. Por un lado existe un consenso sobre la necesidad de establecer límites en programa para la población con mejor pronóstico de cara a



que el objetivo de independencia de la persona no sea sustituido por la dependencia del recurso, pero estos límites funcionan solo para esa población. Para la población con un pronóstico de integración más difícil lo que subyace es la adhesión al recurso como forma de mantener y trabajar una serie de aspectos básicos de cara a su estabilización. El hecho de que en algunos de los recursos, sin que exista una pauta territorial clara, el porcentaje de perfiles de difícil empleabilidad sea elevadísimo muestra que en estos casos los dispositivos derivan a estos recursos solo a los casos cuya inserción social necesita de un mayor refuerzo. Detrás de esta concepción subyace la idea de que los perfiles con mayor nivel de integración no necesitan este tipo de recursos, ya que la intervención desde la perspectiva de la sustancia los estabilizara y la inserción socio-laboral se producirá de forma automática.(Comas 2005).

De forma simultánea a la que se iba produciendo la cronificación de algunas de las primeras personas participantes a los Centros llegaban nuevos perfiles lo que ha provocado una adaptación de las actividades y servicios a sus necesidades.

“se desarrollan grupos específicos con población joven con mayor formación y mayores habilidades sociales, más enfocados a la búsqueda activa de empleo y búsqueda de formación” [informante clave]

En los programas de perspectiva laboral estos se han traducido en cambio de enfoque que por un lado permita dar respuesta a las necesidades de los nuevos perfiles pero por otro lado a los perfiles que se han cronificado en el programa y para los que las personas profesionales tratan de encontrar nuevas salidas.

En los programas de perspectiva médica el cambio de sustancias y edad de los pacientes ha introducido cambios también para ajustar a las necesidades de estas nuevas poblaciones, sin descuidar las necesidades de los colectivos cronificados.

La patología dual, la convivencia con patologías mentales, también es una característica de estos recursos, difícil de cuantificar. La pertenencia administrativa de los recursos dificulta el conocimiento del número de personas participantes que presentan esta patología. En Cataluña donde los centros de día se insertan en la red de salud mental el porcentaje de población participante con patología dual es del 73%. No sabemos si porque se les deriva desde el centro de salud mental al que llegan pacientes con esta problemática o si el pertenecer a la red facilita el diagnóstico y el



conocimiento del recurso de esta situación.



## PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS CENTROS DE DÍA

**Definición de centro de día:** Desde los propios centros de día se plantea la necesidad de aclarar el concepto que el propio nombre supone, que genera confusión con otro tipo de recursos de igual nomenclatura.

**Definición de itinerarios estándar:** Desde los equipos profesionales de los centros de día entrevistados en Sevilla, se insiste en la importancia de un protocolo común de mínimos y en la necesidad de profundizar en el concepto de qué es integración social, y apostar por el tema de la inserción laboral incluso relacionando los propios centros de día con empresas de inserción. Igualmente se insiste en la necesidad de cambiar el concepto actual de lo que es empleo e incluso apostar por el emprendimiento de las personas usuarias de los centros de día y otro tipo de fórmulas como los acuerdos empresariales, ya que en Sevilla hay menos posibilidades de integración laboral que en grandes ciudades, sobre todo si se trata de perfiles de personas muy desestructuradas.

En el caso de Madrid, desde los equipos profesionales se expone directamente que en dicha localización deben existir centros de día, aunque se sugiere que tal vez debería normalizarse más la intervención a personas drogodependientes pudiendo trabajar con ellas desde los centros de salud. No obstante, no se observa una necesidad en cuanto a que exista un protocolo para todos los centros de día puesto que puede generar que los centros no puedan adaptarse a los perfiles concretos de personas usuarias que van llegando.

**Centros de día como recurso puente:** Los centros de día como recurso intermedio dentro de la red de drogodependencias. Desde profesionales que trabajan la inserción de personas drogodependientes se indica que los centros de día de carácter ambulatorio ahora pueden ocupar un lugar privilegiado, ya que están desapareciendo los pisos de reinserción de drogodependientes, porque los centros de día son más asequibles económicamente. Los centros de día de baja exigencia podrían servir como paso intermedio para que las personas asumieran su necesidad de tratamiento y después pasaran a un centro de alta exigencia. Podrían ser también el paso intermedio de los centros de tratamiento ambulatorio a la vida normalizada.



**Nuevos modelos de intervención:** Se propone que podría exportarse el modelo de intervención de los CPRS, que son centros de día de Salud Mental.

**Aumento de plazas de patología dual y exportación del modelo:** Desde el centro de patología dual se añade que sería necesario aumentar sus plazas dada la cantidad cada vez mayor de personas que cuentan con estas patologías asociadas al consumo. Esta demanda como centro de día especializado se ve complementada con las demandas de los centros no especializados que reclaman una mayor coordinación con salud mental e incluso la incorporación de psiquiatras en sus equipos con la finalidad de dar una atención más completa a las personas que presentan patología dual.

**Perspectiva de género:** Los centros de día como la mayoría de recursos de la red de drogodependencias atienden mayoritariamente a población masculina. La demanda desde los centros es ampliar la captación de población femenina y por tanto la necesidad de aplicar la perspectiva de género en drogodependencias.

**Aumento de la coordinación e inserción en red:** Se apunta la necesidad de mejorar la inserción de los centros de día con el resto de la red de atención a drogodependencias, haciendo que la coordinación entre personas y perfiles profesionales sea más dinámica. Para ello es imprescindible que las Administraciones desarrollen un papel impulsor y facilitador.

**Cronificación y dependencia de los recursos:** Como se ha señalado, existe un perfil de población de difícil empleabilidad y situación biopsicosocial deteriorada que ha tendido a cronificarse en los recursos, y en la red de drogodependencias, y para la que hay que encontrar soluciones específicas.



## RETOS:

Escenarios futuros identificados para los centros de día.

**-Financiación:** La financiación en el actual panorama de recortes y mermas en la asistencia básica de la población, la preocupación por la sostenibilidad económica de estos recursos, está presente en todos los discursos. La continuidad y estabilidad de la financiación se perfila como principal reto de futuro.

**-Adaptación:** Los centros de día son dispositivos que, como hemos visto, se caracterizan por su continua adaptación a nuevos perfiles y demandas de las instituciones financiadoras. No es descabellado pensar que, dada la situación, la demanda de actividades complementarias para los centros de día no tardarán en llegar por parte de las administraciones para maximizar las prestaciones de los recursos ya existentes.

“En esa redefinición tienen que hacerse potentes en cuanto a que son un servicio de inclusión social, (.) absolutamente necesario, pero que deberían estar respondiendo muchísimo más a las necesidades de este tipo de población. Lo que es la inclusión social y socio laboral, haciéndose fuertes en aspectos como la atención familiar, la vuelta de las personas que vienen de prisión, la conexión con el CPA y con los Centros de Empleo.” [Informante clave]

En estos momentos, la cambiante realidad social ha puesto de manifiesto que existen carencias en el ámbito de las adicciones. Esto implica que hay que adecuar los centros existentes a las nuevas realidades desatendidas, lo que exige un gran esfuerzo por parte de los centros y el equipo multidisciplinar que trabaja en ellos. Se trata de los casos con escasas posibilidades de inserción socio-laboral y larga estancia en los recursos (participantes cronificados), los pacientes que se encuentran entre la desintoxicación y la admisión a un centro asistencial (baja exigencia); los casos de patología dual, así como los/as jóvenes –menores de edad- que tienen un consumo de abuso de sustancias y que no pueden/deben acudir a la red asistencial. Tampoco hay que olvidar a las mujeres que necesitan una atención especial por sus cargas familiares. De nuevo llegamos a una encrucijada: los servicios de la red sanitaria no



abarcan estas tipologías, y los recursos de drogodependencias carecen de profesionales especializados para atenderlos.

Y, como ya ha ocurrido en otras ocasiones, las entidades sociales vuelven a cubrir un vacío asistencial.

Por su parte, los centros de día ya no son meros receptores de personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas, ahora son un recurso mucho más amplio que necesita del equipo multidisciplinar en todas las áreas de atención (psicológica, sanitaria, socioeducativa e inserción laboral). Es aquí donde la figura del profesional socio-sanitario adquiere una mayor importancia.

### **-Visibilización**

Por otra parte hay una cuestión clara y es que en el actual contexto de recortes aquellos recursos de los que no se tenga una idea clara desaparecerán. Por tanto la visibilización de los Centros de Día como recursos de integración es básica para su supervivencia. Esta visibilización tiene que producirse de cara a las instituciones financiadoras pero también a la red de la que dependan, para que esto último se produzca es necesario superar el siguiente reto.

### **-Coordinación**

La coordinación con otros recursos de la red es definitiva para visibilizar su papel, para maximizar su presencia, aumentar la llegada de nuevos perfiles y difundir sus servicios. La coordinación con otros recursos fuera de la red como pueden ser los de salud mental permitirá maximizar la atención de las personas usuarias, pero para ello han de contar con la imprescindible colaboración de las instituciones.

“A pesar de las dificultades económicas y sociales en las que nos encontramos, el futuro del centro de día lo veo positivo. Es un recurso necesario, con la suficiente versatilidad como para dar cabida a perfiles heterogéneos que vinculan con el dispositivo y trabajan bien. Es un tipo de dispositivo abierto, con sinergias con el exterior (comunidad, entidades, redes,...), clave para el momento social en el que nos encontramos”. [Informante clave]

En definitiva, los restos de futuro visualizados se refieren a una estabilidad financiera



que pasará con una visibilización del recurso Centro de Día a través de su mejor inserción en la red, y la visibilización de su trabajo de manera que las instituciones perciban la relevancia de su papel como programa de inclusión y su enorme potencialidad como recurso de atención a nuevos perfiles dada su flexibilidad.



## CONCLUSIONES

Varios autores y autoras recalcan la importancia del empleo como elemento de inclusión social, como hemos venido indicando en el informe. La literatura científica de carácter social lleva insistiendo en este aspecto mucho tiempo, señalando que a partir de la consecución de un empleo se pueden adquirir las cotas de ciudadanía para ser partícipes de la sociedad, con todos los derechos y las obligaciones que ello supone.

Además del empleo, las premisas sociales que deben tenerse para ser considerado apto como ciudadano/a son las que siguen: renta digna, vivienda adecuada, acceso a la salud, a la protección social, la educación y la cultura. A la vez estas premisas generan una serie de *derechos ciudadanos*, de carácter político, laboral, económico y social.<sup>2</sup> Y si se observa, todas las demás premisas sociales pueden obtenerse si de primeras se tiene empleo.

Al margen de esta visión más tradicional, hay que indicar que en la actual situación de crisis en la que está sumergido no sólo nuestro país sino muchos países de Europa, están surgiendo nuevas visiones del empleo que preconizan su existencia como mera herramienta para adquirir bienes económicos, restando el valor simbólico y absoluto que otras perspectivas anteriores le otorgaban. Ello viene dado por un descubrimiento que parece reciente pero que lleva aconteciendo tiempo, aunque es cierto que se ha ido extendiendo, y es la realidad de que *el trabajo no siempre integra*. Es decir, el trabajo únicamente no aporta la única clave para la presencia de las personas en la sociedad con unas cotas de vida digna; y lo que quizá es más interesante, *el trabajo es un bien finito*. No obstante, pensamos, esta visión que ahora se ha generalizado ya ocurría antes en capas de la sociedad que no podían acceder a empleos o a empleos de calidad que garantizasen su inclusión social. Actualmente esto sucede no sólo a esa masa de personas que se situaban en el límite entre la inclusión y la exclusión, sino que también afecta a esas personas que siempre se consideraban al otro lado, en el lado de los que contaban y siempre iban a contar con un empleo estable y convenientemente bien remunerado. Por eso la alarma social se ha producido ahora.

Además de todo ello creemos que es conveniente repensar *qué es un buen empleo*, y *qué tipo de empleos se han venido considerando como los buenos empleos*. En varios estudios que hemos realizado desde la Fundación Atenea en los que hemos



profundizado en la inserción laboral de las personas drogodependientes, hemos reforzado nuestra idea de que la sociedad, como ente abstracto, valora como empleos adecuados aquellos que cumplen según qué características. A saber: el indicador de riqueza o producción mercantil o económica, el indicador de calidad a través de la formación cualificada, el indicador de experiencia o trayectoria laboral extensa y cualificada, y el indicador de reconocimiento social.

<<Es decir: Trabajar significa una manera de *ganar dinero*, que es el único mecanismo que se ha estipulado por las normas sociales establecidas como *mecanismo normalizado* para poder adquirir bienes; está implícito el valor de la **producción mercantil** como la herramienta fundamental e incluso única de optar a lo necesario (alimento, vivienda). De esta forma quedan fuera empleos que *no producen riqueza ni valor monetario*, sino que *sirven* (aquellos del sector servicios) y que son mayoritariamente desempeñados por mujeres, además de que muchos de estos empleos ni siquiera son reconocidos como tales porque se desarrollan en la esfera privada.

Además, el trabajo debe ser de calidad, estimada desde la variable formación: la “cantidad” y la “calidad” de formación necesaria para optar a un empleo especializado. Para poder optar a un empleo de calidad (“válido”) es necesario contar con una formación determinada, lo que difumina y descalifica los empleos tradicionalmente realizados por mujeres (cuidados, etc) y que desde normas sociales, evidentemente no explícitas, se ha valorado que pueden hacerse sin formación porque se pertenece a cierto sexo (se es mujer y por eso se sabe hacerlos).

Enlazando con la apreciación relacionada con la formación, observamos que algunos estudios<sup>11</sup> demuestran que es la experiencia laboral previa la que ha definido las más o menos extensas carreras profesionales de las personas, y no la formación que poseen, pero en las mujeres cuenta aún más la experiencia personal o el “saber hacerlo porque es mujer”, recalcando la idea de empleos que pueden realizarse por el mero hecho de ser mujeres.

Contar con un empleo que se adapte a esta definición de empleo según esta estructura predominante y masculina además otorga reconocimiento social y la posibilidad de pertenecer a esta sociedad como individuo en plenitud de derechos. Y para que un empleo pueda tener la oportunidad de ser valorado socialmente como primer paso debe ser un empleo que sea visible en la sociedad. De esta manera los empleos femi-



nizados, los que se realizan en ámbitos más privados no son valorados porque ni siquiera tienen esa ocasión. Además este indicador está muy relacionado con el primero, la riqueza que un empleo es capaz de generar para la sociedad: si se considera que un empleo genera riqueza para la sociedad en su conjunto -riqueza en términos monetarios- entonces adquirirá más reconocimiento social, se apreciará más socialmente, e incluso se mostrará más. Pero aquellos empleos que no generan riqueza monetaria sino otro tipo de riqueza más intangible (el cuidado, por ejemplo) y difícil de contabilizar, cuentan con ese hándicap, asignado desde pautas masculinas.

Los empleos que realizan las mujeres en su mayoría son los que “menos cumplen” esas premisas de lo que debe ser un empleo digno: no procuran grandes riquezas monetarias, no son de calidad según la idea de calidad establecida, no otorgan el reconocimiento social, y se estipula que no requieren formación para realizarlos si no que vienen definidos por el elemento género.

Así pues, y en resumen, no poseer empleo, y es más, no poseer un empleo según la definición de las normas sociales masculinas dominantes es un elemento generador de exclusión social. >> [Una mirada de género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres inmigrantes. Fundación Atenea, 2011]

Efectivamente, quienes suelen ocupar estos puestos socialmente dignificados son los hombres, mientras que las mujeres suelen trabajar en aquellos menos considerados por ser los que reportan poco crecimiento económico, los vinculados a los cuidados, reproduciéndose así los estereotipos de género que sitúan al hombre en la esfera pública y por tanto en la laboral, y a la mujer en la esfera privada, la casa y los/as hijos/as, y en el caso de que accedan al mercado laboral lo hacen en empleos muy vinculados a esta esfera privada que no se reconoce públicamente.

Las personas que han pasado por un proceso de drogodependencia han visto afectada su faceta laboral. Si se trata de personas que comenzaron a consumir a edad temprana antes de poder iniciar algún trabajo y continúan con su adicción décadas después, posiblemente no cuenten con ninguna experiencia laboral o por lo menos con ninguna experiencia laboral extensa o en condiciones laborales apropiadas. Si se trata de personas que comenzaron a consumir más tardíamente pero que mantienen un consumo prolongado en el tiempo, posiblemente tuviesen alguna experiencia laboral previa que se vio interrumpida o afectada de alguna manera por el consumo abusivo. También puede darse el caso de personas que comenzaron a consumir de forma temprana pero dicho consumo se limitó a unos primeros años por lo que luego



podieron iniciar o reemprender su carrera laboral; o personas que comenzaron a consumir algo más tarde pero su consumo fue limitado en el tiempo, con lo que su trayectoria laboral se ha podido ver afectada sólo unos años. Evidentemente, esta es una descripción muy generalista, ya que hay que tener en cuenta otro tipo de variables como el contexto socio familiar en el que se encuentran, o su formación, por ejemplo, pero puede servirnos de primera orientación.

Podríamos decir que las personas con trayectoria de consumo más larga y menor tiempo de carrera laboral estable y normalizada son quienes quedan más al margen de las premisas del mercado de trabajo que define la sociedad, ya que trasgreden durante *más tiempo* y de manera *más intensa* unas normas sociales que la sociedad especifica para poder ser personas ciudadanas. Existe un estigma social hacia las personas que trasgreden unas normas sociales impuestas o que se piensa que pueden dañar unos valores sociales predominantes, y el consumo de drogas, que suele relacionarse con la marginación, la delincuencia... es uno de los elementos que mayor penalización social genera y más estigma hacia las personas que lo desarrollan. Así, estas personas reciben un castigo social que impide que tras su desintoxicación puedan volver a la sociedad en condiciones iguales que el resto de la población, si es que alguna vez lo estuvieron (en muchos casos el consumo de sustancias está inmerso en situaciones vitales de desestructuración desde el origen). Esa penalización social se extiende a todos los factores que son necesarios para que una persona pertenezca a la sociedad, entre ellos mayoritariamente el laboral, ya que como hemos visto tiende a estimarse como el elemento esencial de la inclusión social.

Es fundamental analizar la exclusión social desde un punto de vista diferente que evite la penalización de las personas excluidas. Se trata de poner la visión en esa sociedad predominante que impone unos valores dominantes que provoca que las personas o los grupos sociales con otros valores o formas de ver la vida queden excluidos. De esta forma, además de evitar ese estigma social hacia las personas culpándolas de su situación, también es la manera de procurar que la sociedad se responsabilice de la reinserción social de estas personas.

En este punto es donde cobran especial relevancia los centros de día de atención a personas drogodependientes como recursos sociales – que parten de la sociedad- que procuran la reinserción de la población drogodependiente. Como hemos visto a lo largo del estudio, los centros de día buscan la integración sociolaboral, que es un concepto que incluye la responsabilidad del individuo pero también de la sociedad en



la incorporación de las personas vulnerables socialmente.

En el estudio hemos profundizado en torno al concepto de centro de día, su aparición, su evolución a lo largo del tiempo y su situación hoy. Consideramos que el contexto donde aparecieron estos recursos ha determinado mucho su momento actual, ya que en España aparecieron en los años 80 del siglo XX, en los que el uso de las drogas, especialmente de la heroína, experimentó un enorme auge y se popularizó. Y este tipo de centros, muchos de ellos emprendidos por la propia sociedad civil que consideró necesario dar respuesta urgente a aquella realidad, comenzaron su andadura en un escenario de desconocimiento y de escasos medios y recursos, normalmente con la intención de ser lugares donde las personas consumidoras estuvieran ocupadas haciendo actividades y no consumiendo en las calles. Ya en los noventa empezaron a institucionalizarse y profesionalizarse estos recursos integrándose en la red de atención a drogas que iba creándose, y según la administración de la que dependieran, las propias percepciones de los directores y equipos técnicos de cada centro, los perfiles de personas usuarias que iban llegando ... fueron adaptando y variando sus modelos de atención. Algunos siguieron con el modelo ocupacional y otros tendieron más hacia el formativo- laboral. Aunque también hay algunos que apostaron por este segundo modelo desde el principio. Debido a la forma en que aparecieron también tuvo sus consecuencias con respecto a su presencia en la red de drogas, que se define como aislada, ya que otro tipo de recursos de la red entendieron que los centros de día realizaban actividades que ya se desarrollan en otros centros. Actualmente, en la mayoría de los casos, las personas usuarias de los centros de día tienen que estar vinculadas a centros de tratamiento, por lo que la incorporación de estos recursos a la red de atención a drogodependencias es mayor, aunque también supone que personas drogodependientes queden fuera de la atención que puede proporcionar esta red.

Hay que tener en cuenta, igualmente, que el fenómeno de las drogodependencias fue variando en las décadas y estos recursos debían adaptarse a la nueva realidad que observaban y que llegaba. Por eso mismo hoy existe una enorme variedad de modelos de centros de día, también según Comunidades Autónomas, aunque el mismo estudio de ASECEDI<sup>52</sup> que ya hemos nombrado explica algunos *aspectos comunes* de los centros de día en cuanto a los procesos de integración laboral de las personas drogodependientes:

---

<sup>52</sup> Op Cit pág 11 (13)



- es fundamental usar el itinerario individualizado de inserción (IPI) como metodología.

No obstante, en este sentido conviene señalar cómo desde algunos autores<sup>53</sup> se indica que el IPI no supone un instrumento real que pueda denominarse de esta manera, porque no significa una herramienta que valore y que tenga en cuenta todos los aspectos necesarios para la reinserción de las personas drogodependientes, sino únicamente el aspecto laboral. Esto tiene que ver con que no existe coordinación real entre los recursos de la red de drogas que atienden distintos aspectos y momentos del proceso de las personas usuarias, con lo que no existe un proyecto holístico real de integración para ellas.

Igualmente, se indica que el itinerario personalizado de inserción no puede considerarse como tal ya que se ha visto que lo que se generan son protocolos más o menos individualizados de atención pero no itinerarios de inserción sujetos a un modelo común.

- es fundamental aplicar un enfoque individualizado y flexible.
- es necesario buscar la inserción en redes normalizadas y promover la autonomía, siempre que sea posible.

También, en dicho estudio se señalan algunas *cuestiones a mejorar*:

- necesidad de seguir trabajando en alternativas específicas para aquellas personas con bajo o nulo nivel de empleabilidad.
- necesidad de incorporar un profesional con perfil específico en empleo y adicciones.
- incorporar la figura del emprendedor social.
- integrar elementos de apoyo en el proceso, personas que sirvan de referencia para el usuario/a.
- integrar el enfoque de género.
- desarrollar estrategias para el mantenimiento del empleo.
- desarrollar acciones encaminadas a lograr una sociedad más inclusiva.

---

<sup>53</sup> Arellano, A. Coaching para adictos.



Finalmente, se expone que la intervención en integración sociolaboral de personas drogodependientes en los centros de día debe contar con un proceso de evaluación de la actuación, así como una normativa de régimen interno donde se contemplen los derechos y los deberes de las personas usuarias, así como la normativa general de funcionamiento.

En un documento de la Agencia Antidroga<sup>54</sup> se exponen algunos elementos para medir los resultados de la inserción laboral:

- Motivación
- Contratación
- Permanencia
- Capacitación
- Actitud positiva en el trabajo
- Madurez personal

Así, en definitiva, podemos afirmar que los Centros de Día deben ser prestadores de una cartera de servicios<sup>55</sup> o programas que cubran estas necesidades que se van planteando en la población usuaria. No es imprescindible optar a todos los servicios, cada persona tiene unas necesidades individuales que precisan de una atención e intervención individualizada, integrada dentro de acciones grupales. Para que un centro de atención de personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas se pueda definir como centro de día, debe atender un mínimo de tres de estas áreas: psicológica, sanitaria, socioeducativa e integración laboral. Por ello es necesaria la presencia de profesionales en todas estas áreas, convirtiéndose en centros multidisciplinarios.

Además, los centros de día pueden funcionar como recursos puente o recursos intermedios con otro tipo de recursos de la red, y así se pueda facilitar el poder dar cabida a toda esa población usuaria de drogas que por sus circunstancias específicas no está recibiendo atención en otros espacios.

En todo este contexto y vista la necesidad de estos recursos como espacios que cumplan las demandas que necesita solventar la población drogodependiente en

---

<sup>54</sup> Material didáctico. Autoempleo e inserción laboral. Volumen I: Lineamientos generales: drogodependencias, inserción laboral y autoempleo. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.

<sup>55</sup> Op Cit pág 11 (13)



cuanto a su inserción sociolaboral, los centros de día deben mejorar su visibilidad de cara a la red de atención a drogodependencias y de las propias instituciones públicas de las que reciben financiación. De esta manera, además de promocionar su utilidad – y su necesidad- favorecen la mejora continua del sector de la intervención sociolaboral de personas drogodependientes, haciendo saber igualmente a las instituciones financiadoras su capacidad de dar respuesta a los requerimientos de la administración de manera eficiente y eficaz, tal y como lo están haciendo.



## ANEXOS

### *METODOLOGÍA*

La apuesta metodológica es la triangulación de la información combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, con el objeto de obtener una información lo más completa y plural posible, de manera que la información obtenida de ambas fuentes se complemente aprovechando la mayor capacidad de aplicación de las técnicas cuantitativas y la mayor profundidad de las técnicas cualitativas.

De cara al desarrollo del trabajo de campo se valoran los centros de día de la red de atención a las drogodependencias como los recursos esenciales a tener en cuenta como objeto de investigación, al ser considerados como aquellos cuyo objetivo principal es la integración de la población drogodependiente, objetivo que se incluye en la propia definición del recurso<sup>56</sup>.

Así lo definen los protocolos de intervención en materia de integración sociolaboral de población drogodependiente en varias comunidades autónomas.

<<Los centros de día son uno de los instrumentos para llevar a cabo itinerarios personalizados de incorporación social adaptados a los ritmos y a las necesidades de cada usuario. Son recursos ambulatorios en los que se realizan intervenciones socioeducativas, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento y desde donde se potencia la formación prelaboral como elemento básico de integración en el entorno del individuo>> [Programa de intervención en centros de día de Andalucía. Comisionado para las drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. 2003]

<<Es un espacio terapéutico en el que se realizan intervenciones socioeducativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento>> [Programa de intervención en centros de día

---

<sup>56</sup> Op Cit pág 11 (13)



de Andalucía. Comisionado para las drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. 2003]

<<Es un recurso incluido en la red de atención a las drogodependencias y las conductas adictivas, en el que se realizan intervenciones socio-educativas y ocupacionales, en régimen abierto, complementarias y en coordinación con los programas asistenciales de los Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas y los recursos del medio comunitario, encaminadas a favorecer la incorporación social y laboral de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento y de atención y apoyo a sus familias>>  
[Protocolo de Intervención y Coordinación en Centros de Día de atención a Drogodependientes en Extremadura. Servicio Extremeño de salud. Consejería de Salud y Política Social. Junta de Extremadura. 2011]

Aunque en un inicio la investigación se plantea en Madrid, Andalucía y Extremadura, los territorios se amplían dadas las facilidades que ofrecen las nuevas tecnologías para la colaboración de otros recursos y personas presentes en otros lugares de España.

Las distintas fases metodológicas aplicadas son las que siguen:

- ✚ Búsqueda y estudio de bibliografía sobre proyectos de integración social y recursos específicos que ejecuten dichos proyectos.  
Revisión documental sobre integración sociolaboral, integración sociolaboral de población drogodependiente, y otra bibliografía relevante para el estudio

Aplicación de técnicas de metodología cualitativa, que son las que siguen:

- ✚ Grupos de discusión con profesionales de los centros de día para población drogodependiente.
  - Se realiza un grupo de discusión con profesionales de tres centros de día de la ciudad de Sevilla: centro de día Macarena, centro de día Juan XXIII, centro de día Sur. Al ser un número tan elevado de profesionales, estos grupos de discusión se realizan según categorías profesionales.
  - Grupo de discusión con recursos de inserción laboral para personas



drogodependientes de carácter público, del Ayuntamiento de Madrid (Madrid Salud, Instituto de Adicciones) y de la Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga) en Madrid.

🚦 Entrevistas en profundidad con:

- Algunos/as profesionales en concreto de los centros de día:

-Administrativos/as. Se trata de las personas que cuentan con más información y una visión más global de las actividades que se realizan en estos recursos.

-Personal de más tiempo en el centro de día. De esta manera se podía obtener una visión de los cambios acaecidos en el recurso y de la evolución temporal de estos.

En concreto, estas entrevistas se realizaron en:

- Centro de Día Macarena. Sevilla
- Centro de día Juan XXIII. Sevilla
- Centro de día Sur. Sevilla
- Centro de Día Cáritas. Madrid
- Centro de Día Patología Dual. Madrid.

- Coordinación del recurso. Se obtiene la perspectiva de la persona responsable de los centros. En concreto se entrevistó a los/as coordinadores/as de:

- Centro de día Macarena/ centro de día Juan XIII/ centro de día Sur. Sevilla.
- Centro Antaris. Sevilla.
- Centro de Inserción Sociolaboral (SOL) Madrid Salud. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

- Contactos institucionales responsables de la financiación de los centros de día. Se valoraba la opinión de la parte más institucional de los agentes implicados en el funcionamiento de los centros de día.

Entre los contactos institucionales entrevistados, destacamos:



**TABLA 1**

Nombre	Institución
Fernando Arenas	Subdirector Atención Drogodependencias. Junta de Andalucía.
Luisa Saavedra	Coordinadora Área Salud. Consejería de Empleo. Junta de Andalucía.
Maria Paz Lagares	Consejería de Empleo. Junta de Andalucía.
Guadalupe Lleras	Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Salud Pública. <i>Secretaría Técnica de Drogodependencias.</i>

Cabe decir que se no ha sido fácil el contacto con la parte institucional que se había previsto, y no han podido realizarse bastantes entrevistas a pesar de la insistencia por parte del equipo de investigación.

- ASECEDI. Se entrevistó al responsable de la Asociación Española de Centros de Día, a la que pertenecen un buen número de centros de día de España.

Aplicación de técnicas cualitativas:

- ✚ Envío de cuestionario por correo electrónico a otros tantos centros de día de toda España a los que no pudo acudir de forma presencial, para ampliar la representatividad de la investigación.

A continuación mostramos una tabla con el resumen de la contactación que se realizó para la difusión de los cuestionarios on line para los centros de día.

**TABLA 2**

LOCALIZACION	CENTRO DE DIA
GALICIA	Unidad de día alborada de Vigo
	ACLAD (A CORUÑA)
ASTURIAS	CENTRO MIL SOLES, FUNDACION SILOÉ (Gijón)



	ASOCIACION DE AMIGOS CONTRA LA DROGA
PAIS VASCO	CENTRO DE DIA BESTALDE
	AGIANTZA
	BIZITEGI
NAVARRA CATALUÑA	Pamplona, HDD "Zuria"
	Centro Día FSYC
	Asociación ALBA
CASTILLA LEON	ALDAMA (Palencia)
	ACLAD (Valladolid, Palencia y León)
	ARBU
	Caritas Salamanca
CASTILLA LA MANCHA	SAFA Toledo
	ASOCIACION PADRES CONTRA LA DROGA CUENCA
MADRID	FUNDACION SPIRAL
MURCIA	CENTRO DE DIA LA HUERTECICA
	Fundación Diagrama
CDAD VALENCIANA	AFAD
	APROVAT
	AVANT
	AVAPE
	ESPERANZA Y VIDA
	Fundación Amigo
	Fundación Arzobispo Miguel Roca
	Fundación Noray (Proyecto hombre)
	ADAT



	AMADROVI
EXTREMADURA	Centro de Encuentro y Acogida “Víctor Guerrero”, Villanueva de la Serena
	Centro de Día Moraleja
ANDALUCIA	Don Benito, Badajoz
	Granada. Centro de día Genil. Hogar 20
	Puerto Real, Cádiz. Centro de día MARA
	Jeréz de la Frontera, Cádiz. Centro de Reinserción Proyecto Hombre.
	La Línea, Cádiz. Centro de día Coordinadora Despierta
	Andújar, Jaén. Centro de día El Olivo.
	Bollulos del Condado, Huelva. Centro de día Despertad. Asoc. Esperanza
	Ayamonte, Huelva. Centro de día Aspreato
Almería. Centro de día. Diput. Prov. De Almería	
Puebla de Vívar, Almería. Centro de reinserción para drogodependientes. Proyecto Hombre.	

Contamos con información de 24 cuestionarios en total.

Tras la realización del trabajo de campo y la recogida de información cualitativa, dicha información se transcribió, sistematizó y analizó.

La recopilación de información cuantitativa fue objeto de un análisis descriptivo de los datos.

Dicha información ha dado lugar al presente informe de resultados.



## **BIBLIOGRAFIA**

- Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Material didáctico. Autoempleo e inserción laboral. Volumen I: Lineamientos generales: drogodependencias, inserción laboral y autoempleo.
- Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. Observatorio del Mercado de Trabajo. Informe Anual 2011.
- Arellano, A. Coaching para adictos.
- AA.VV. La integración socio laboral en drogodependencias. I jornadas del Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. Libro de ponencias. Madrid Salud, Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. 2005
- AA.VV Un servicio de mediación laboral para personas drogodependientes. Experiencias y propuestas en el marco del plan de empleo para colectivos vulnerables de Cruz Roja. Cruz Roja, 2003
- AA.VV La integración socio laboral de personas drogodependientes. Propuesta y puesta en práctica de un modelo. Cruz Roja, 2002.
- AA.VV Guía para la orientación laboral de colectivos vulnerables. Cruz Roja.
- AA.VV Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración socio laboral de drogodependientes. Junta de Castilla y León, 2007.
- AA.VV Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI.
- AA.VV I Jornadas técnicas: profesionales y orientación. Hacia un modelo de la intervención. Nuevas perspectivas de la orientación socio laboral. Fundación Tomillo, 2003.
- AA.VV II Jornadas técnicas: profesionales y orientación. Hacia un modelo de la intervención. Nuevas perspectivas de la orientación socio laboral. Fundación Tomillo, 2005.



- AA.VV Orientación sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica para la intervención con personas en riesgo de exclusión. Fundación Tomillo. 2003.
- Caixa Catalunya. Informe de la Inclusión social en España. Obra Social. 2008
- Comas, D. La integración social de adictos a drogas en Extremadura. 2004. Grupo GID- Junta de Extremadura
- Comas, D. Meta- Evaluación de los programas de integración social y sociolaboral para adictos a drogas en España (1992-2005)
- Consejo Económico y Social. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2011.
- Cruz Roja. La integración sociolaboral de personas drogodependientes. Propuesta y puesta en práctica de un modelo. 2002.
- Cruz Roja. Guía para la empleabilidad de colectivos vulnerables.(Año?)
- Diez Garcia, R. La inserción socio laboral de un colectivo excluido: personas drogodependientes en prisión Universidad Complutense de Madrid. 2010.
- Fundación EDE. Un acercamiento a los procesos de inserción socio laboral de personas ex toxicómanas. Servicio de Investigación Social, Fundación EDE. BBK. Gobierno Vasco.2011.
- Fundación Tomillo. Orientación Sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica basada en la intervención con personas en riesgo de exclusión. 2003
- Funes, J. La incorporación social de personas con problemas de drogas: Una revisión conceptual y metodológica pensando en la atención primaria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1996



- García i Noqueroles, J.M *La integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias*. En Aposta, Revista de Ciencias Sociales. 2007
- Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Política Social. Protocolo de intervención y coordinación en centros de día de atención a drogodependientes en Extremadura.. 2011
- Junta de Castilla y León. Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración socio laboral de drogodependientes. 2007.
- Junta de Andalucía. Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Programa de intervención en centros de día en Andalucía. 2003.
- Junta de Andalucía. Comisionado de Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Nuevas capacidades. La atención sociosanitaria en los centros de día. ASECEDI. Protocolo de intervención centros de día de Andalucía. 2003
- Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Programa de intervención en centros de día de Andalucía. Comisionado de Drogodependencias. 2003.
- Martínez, N (coord.) Manual de Buenas Prácticas en los centros de incorporación laboral. 2003.
- Montero Revuleta, c y Gardey Vera, M<sup>ª</sup>A. Estudio sobre las dificultades para la incorporación laboral de los colectivos en riesgo de exclusión de la ciudad de Sevilla.
- Natxo Martínez, (coord). Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación social. 2003.
- Pedro Ibarra: “Crisis de trabajo, crisis de la cultura de trabajo”. Y si no hay trabajo ¿qué?.



- Rodríguez Álvarez, M “La inserción laboral de drogodependientes. Premisas de intervención”. En Revista Salud y Drogas. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante. 2007.
- Rubio Arribas, F. *“Proceso de la construcción de un enigma: La exclusión social del drogodependiente “* en *Nómadas*. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. Nº4. 2001
- SEPECAM. Guía para la aplicación del itinerario integrado y personalizado de inserción sociolaboral.
- Subirats, J. y otros/as. Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Edita: Fund. La Caixa 2004.
- Tezanos, José Félix (ed.) Tendencias en desigualdad y exclusión social. Editorial Sistema.2004
- Trujillo, Oscar (1998): “El proceso de reinserción” en IX Jornadas Andaluzas de drogodependencias, Jerez de la Frontera (Cádiz), 30, 31 de enero y 1 de febrero.
- UNAD. Documento marco de la UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. 2005.
- Universidad Autónoma del Estado de México. Red de revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. La integración sociolaboral de drogodependientes. Premisas de intervención. 2001
- Williams, Fiona: (1998) “Agency and Structure Revisited: Rethinking Poverty and Social Exclusion” en M. Barry y C. Hallet.



*Gracias a todas las personas  
que han hecho posible este estudio.*

