

Acompanyar a persones drogodependents cap a una inserció social satisfactòria.

Estudi del procés d'inserció social a Catalunya.

Vázquez Gutiérrez, Ana.

Després de l'observació no formal de fracassos en els processos d'inserció social de persones drogodependents, s'ha realitzat un disseny pilot, de recerca aplicada a la intervenció, sobre l'estat i l'eficàcia dels recursos que s'hi dediquen i les millores i innovacions que es consideren útils per aquests. Es tracta d'un estudi descriptiu sobre els diferents elements que intervenen en aquesta inserció, elaborat mitjançant la realització i l'aplicació d'entrevistes i qüestionaris a una mostra de 44 persones, entre professionals socials, professionals de salut, persones usuàries i societat general. La recerca posa en valor l'acompanyament i el seguiment, i identifica certes mancances en relació a la quantitat de recursos i de professionals dedicats a aquesta tasca. Es conclouen 4 accions com a grans eixos per futures polítiques públiques o intervencions en matèria de drogodependències: creació de més equipaments d'inserció social i augment de la quantitat de professionals socials en aquests; creació de recursos i alternatives de seguiment i acompanyament integral posteriors als tractaments, a més de millorar l'atenció continuada i integral des dels CAS; cerca d'alternatives i augment dels recursos en inserció laboral i; treballar la prevenció, sensibilització i tolerància social.

Paraules clau: Inserció social, Drogodependències, Acompanyament educatiu, Educació social, Atenció socio sanitària.

Tras la observación no formal de fracasos en los procesos de inserción social de personas drogodependientes, se ha realizado un diseño piloto, de investigación aplicada a la intervención, sobre el estado y eficacia de los recursos que se dedican a ello y las mejoras e innovaciones que se consideran útiles para estos. Se trata de un estudio descriptivo sobre los diferentes elementos que intervienen en esta inserción, elaborado mediante la realización y aplicación de entrevistas y cuestionarios a una muestra de 44 personas, entre profesionales sociales, profesionales de salud, personas usuarias y sociedad general. La investigación pone en valor el acompañamiento y seguimiento, e identifica ciertas carencias en cuanto a la cantidad de recursos y de profesionales dedicados a esta tarea. Se concluyen 4 acciones como grandes ejes para futuras políticas públicas o intervenciones en materia de drogodependencias: creación de más equipamientos de inserción social i aumento de la cantidad de profesionales sociales en estos; creación de recursos y alternativas de seguimiento y acompañamiento integral posteriores a los tratamientos, además de mejorar la atención continua y integral desde los CAS; búsqueda de alternativas y aumento de los recursos en inserción laboral y; trabajar la prevención, sensibilización y tolerancia social.

Palabras clave.

Inserción social, Drogodependencias, Acompañamiento socioeducativo, Educación social, Atención socio sanitaria.

After the non-formal observation of failures in the processes of social integration of drug addicts, a pilot design has been conducted, from an applied research to the intervention, on the status and effectiveness of the resources devoted to it and the improvements and innovations that are considered to be useful for these. This is a descriptive study on the different elements involved in this insertion, developed through the realization and implementation of interviews and questionnaires to a sample of 44 people, between social workers, health professionals, users and society as a whole. The research adds value to the support and monitoring, and identifies certain shortcomings in terms of the amount of resources and professionals dedicated to this task. Therefore, main actions have been concluded as in future public policies or intervention in the field of drug addiction: firstly, creation of more social equipment and additional number of social professionals in these case; secondly, creation of resources and alternatives of support and monitoring integral support and integral treatments: In addition to improving and providing a continuous and integral attention from the CAS; third, the search for alternatives and increased resources aimed at employment; finally, work the prevention, awareness and social tolerance.

Keywords.

Social inclusion, Drug addictions, Socio-educational support, Social education, Health and social care.

Curs i grau: 4t curs Grau d'Educació Social.

Itinerari / Menció: Salut i promoció de l'autonomia.

Tutor/a: Maite Marzo i Arpón.

Data: 20/06/16

Any acadèmic: 2015-2016.

Universitat: Universitat Ramon Llull.

Facultat: Facultat d'Educació Social i Treball Social. Fundació Pere Tarrés.

AGRAÏMENTS

A la meva família i amics per l'acompanyament i suport en aquests 4 anys de Grau i, especialment, a la recta final, que ha estat la realització de la present recerca.

A totes les persones que, amb la seva generosa i desinteressada aportació, han participat a la recerca, especialment, als professionals dels recursos de Grup ATRA, per implicar-se i facilitar la realització d'aquesta.

Finalment, però no menys important, a la meva tutora, Maite Marzo i Arpón, pel seu acompanyament, assessorament, suport i ànims al llarg de tota la recerca.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ	1
2. MARC TEÒRIC	3
2.1. CIRCUIT DE TRACTAMENT I RECURSOS	3
2.2. TERMINOLOGIA BÀSICA.....	4
2.3. PERFIL DE LES PERSONES CONSUMIDORES I PERCEPCIÓ SOCIAL DE LES DROGODEPENDÈNCIES I LA INSERCIÓ.....	7
2.4. PROFESIONALITAT REFLEXIVA I TREBALL EN XARXA EN EDUCACIÓ SOCIAL	10
2.5. ACOMPANYAMENT SOCIOEDUCATIU.....	13
2.6. INSERCIÓ SOCIAL I LABORAL.....	17
2.7. ALTRES REFLEXIONS.....	21
3. ORGANISMES I MARC LEGAL	24
4. CONTEXT I DADES DE REFERÈNCIA	30
5. HIPÒTESI / OBJECTIUS	34
5.1. OBJECTIUS DE LA RECERCA	34
6. METODOLOGIA	35
6.1. DISSENY DE LA RECERCA.....	36
6.2. MOSTRA	37
6.3. CATEGORIES, CÒDIS I PREGUNTES DESENCADENANTS.....	38
6.4. TÈCNiques DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ	46
6.4.1. QÜESTIONARI.....	46
6.4.2. ENTREVISTA.....	47
6.5. PROCEDIMENT	47
6.6. AVALUACIÓ METODOLÒGICA.....	48
7. ANÀLISI DE CONTINGUTS	51

7.1. LLISTAT DE CÒDIS.....	51
7.2. RESULTATS	56
7.2.1. RESULTATS DELS QÜESTIONARIS A POBLACIÓ GENERAL	56
7.2.2. RESULTATS DELS QÜESTIONARIS A PERSONES USUÀRIES.....	63
7.2.3. RESULTATS DE LES ENTREVISTES A PROFESSIONALS SOCIALS.	81
7.2.4. RESULTATS DE L'ENTREVISTA AL PROFESSIONAL DE SALUT.....	100
8. ANÀLISI I DISCUSSIÓ	104
9. CONCLUSIONS.....	130
9.1. PROSPECTIVA	134
9.2. LÍMITS DE LA RECERCA.....	134
10. BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA	136
10.1. BIBLIOGRAFIA DEL MARC JURÍDIC I INSTITUCIONAL	138
10.2. ALTRES FONTS CONSULTADES	141

ÍNDIX D'IMATGES

1. Recursos de la XAD (Xarxa d'Atenció a del Drogodependències).....	31
2. Mapa situació geogràfica dels Centres d'Atenció i Seguiment del Barcelonès	33

ÍNDIX DE TAULES

1. Recompte recursos d'inserció de la XAD	32
2. Fases i temporalització de la recerca	35
3. Plantilla per la taula síntesi de base per les tècniques de recollida d'informació	36
4. Taula síntesi de base per les tècniques de recollida d'informació	39
5. Resultat dels qüestionaris a població general	60
6. Resultat dels qüestionaris a persones usuàries	75

7. Resultat de les entrevistes a professionals socials.	81
8. Resultat de l'entrevista al professional de salut	100

ÍNDIX DE GRÀFICS

1. Persones que afirmen conèixer recursos d'inserció social de l'àmbit de les drogodependències, i quants coneixen (població general).....	57
2. Creu que els recursos existents són suficients? (Població general).....	57
3. Valoració de la qualitat dels recursos per part de les persones que coneixen algun (Població general).....	58
4. Considera la drogodependència una malaltia crònica? (Població general).....	58
5. Creu que les persones drogodependents continúen sent un col·lectiu marginal?(Població general)	59
6. Veu possible i real la inserció social i laboral de persones drogodependents?(Població general).....	59
7. Contractaria a una persona que s'adapta al perfil, però acaba de finalitzar un tractament per drogodependències?(Població general).....	59
8. Relació entre si costa trobar recursos d'inserció i si es creuen suficients (Persones usuàries).....	63
9. Relació entre si tracten els programes d'inserció tots els àmbits d' inserció de la persona i si, en general, son considerats de qualitat (Persones usuàries)	64
10. Valoració de l'1 al 5 de la qualitat i utilitat dels recursos o programes d'inserció (Persones usuàries)	65
11. Es coneixen més recursos d'inserció gratuïts o de pagament? (Persones usuàries).....	65
12. Valoració de l'accessibilitat dels recursos d'inserció (Persones usuàries).....	66

13. Es fa seguiment del procés personal? I seguiment posterior a l'alta? (Persones usuàries).....	66
14. Es creu útil el fet de tenir un professional referent? (Persones usuàries).....	67
15. Valoració de la importància de l'acompanyament professional (Persones usuàries).....	67
16. Existència de l'acompanyament professional en l'acollida i adaptació al recurs, alhora que també al final del procés o en els canvis de recurs (Persones usuàries).....	68
17. Normalització social de les drogodependències dins del circuit de salut (Persones usuàries).....	69
18. Normalització i acceptació social de la inserció de persones drogodependents rehabilitades (Persones usuàries).....	69
19. A quin nivell cobreixen els serveis de salut públics les necessitats de les drogodependències? (Persones usuàries).....	70
20. Esta normalitzat socialment l'actual circuit i els serveis dirigits al tractament i inserció de persones drogodependents? (Persones usuàries).....	71
21. Es creu possible que la drogodependència pugui arribar a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària? (Persones usuàries).....	71
22. Es creu positiu que la drogodependència arribi a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària? (Persones usuàries).....	72
23. Es comuniquen els motius de baixa laboral reals en casos de drogodependències? (Persones usuàries).....	72
24. En quant a comunicació a l'empresa dels motius reals de baixa en casos de drogodependències, que es considera que hauria de tenir prioritat la confidencialitat o la normalització de la malaltia? (Persones usuàries).....	73
25. Es creu que falten recursos d'inserció social especialitzats (Persones usuàries).....	73
26. Un servei similar al plantejat per la recerca es considera que seria útil i milloraria la eficàcia i l'impacte del tractament rebut (Persones usuàries).	74

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

A través de l'interès personal en l'àmbit de les drogodependències els meus estudis es van enfocar en aquesta direcció, volent aprofundir més en el tema amb el seguiment de l'itinerari de salut i promoció de l'autonomia. El seguiment d'aquest, a més del coneixement d'altres àmbits, m'ha possibilitat l'aprenentatge en temes d'intervenció en drogodependències, en salut comunitària... i, un aspecte dels més importants, el fet de poder realitzar les pràctiques amb aquest col·lectiu. L' experiència de pràctiques ha estat a dos Centres de Dia per drogodependents a Bilbao, a un pis d'inserció a Barcelona i, finalment, a una Comunitat Terapèutica a Monistrol de Montserrat.

Després d'aquestes experiències, s'han pogut escoltar molts testimonis que, en primera persona, expressaven les seves experiències fallides, la seva llista de tractaments passats i les seves infinites pors pel futur. Després dels grans esforços per finalitzar amb èxit els tractaments, no arriben a aconseguir una inserció social satisfactòria, ja que no saben organitzar el seu temps lliure, no coneixen llocs on relacionar-se fora dels consums, i els anys de buit laboral que hi ha a les seves vides dificulten molt trobar feina i entrar en l'actual món laboral, cada cop més competitiu. Definitivament, molts dels fracassos i retorns al consum es donen en els processos d'inserció.

La present recerca pretén indagar i aproximar-se a la situació en què es troben els processos d'inserció social i, per tant, situació en que es troben moltes persones amb problemes de drogodependències, quan aspiren i se'ls incita a inserir-se a la societat i al món laboral. De la mateixa manera, s'investigarà, també, les opcions que s'ofereixen, en aquesta línia de la inserció social, en clau de les drogodependències, i com es percep l'estat dels serveis per part tant de professionals com de persones usuàries. A més, s'indagarà en aquesta mateixa percepció però per part de la societat general, que és on finalment es dona, o no, la inclusió.

Amb el tema definit, s'inicia un treball de recerca aplicada a la intervenció on, a través de la investigació teòrica, l'aplicació de tècniques de recollida d'informació, entrevistes i qüestionaris, i l'anàlisi i comparativa de resultats, es pretén plasmar la situació real del tema, identificar les seves mancances, extreure conclusions sobre l'estat actual de la qüestió i recollir propostes de millora, innovacions i línies per futures polítiques públiques, projectes, o intervencions d'inserció amb el col·lectiu de les drogodependències. Tot això amb la finalitat de poder, en un futur proper, garantir més possibilitats d'èxit en els processos d'inserció.

La recerca es desenvolupa a Barcelona, però no va dirigida a analitzar recursos concrets, sinó a recaptar l'opinió de professionals, persones ateses i societat general, per tant, ja que la recerca teòrica i legal ha resultat adient i adequat referenciar-la com a territori de Catalunya, els resultats i conclusions de la recerca també podran ser extrapolats a àmbit autonòmic, sempre tenint en compte que es tracta d'un disseny pilot.

2. MARC TEÒRIC

Per tal de contextualitzar la present recerca, al llarg del marc teòric es presentaran conceptes, recursos, processos i línies d'intervenció considerades rellevants pel que fa a la investigació i intervenció en la inserció de persones drogodependents.

2.1. CIRCUIT DE TRACTAMENT I RECURSOS

El procés de tractament, s'inicia amb la desintoxicació. La desintoxicació és definida per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (1994), primerament com a procés mitjançant el qual una persona deixa de patir gradualment els efectes d'una substància psicoactiva i, seguidament, és entesa també, com a procediment clínic, procés de retirada de la substància que es porta a terme de forma segura i eficaç, de manera que es redueixen al mínim els símptomes d'abstinència. Les instal·lacions on es duu a terme reben el nom de centres o unitats de desintoxicació i centres de rehabilitació. Els processos de desintoxicació poden o no implicar l'administració de medicaments. Posteriorment, havent atès ja la dependència física, serà necessari tractar la dependència psicològica o, com encara és sovint que se l'anomena, la deshabituació, a més de la prevenció de recaigudes i la inserció social.

Com a centres de tractament ambulatori es troben els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), que es consideren la porta d'entrada a la XAD. Al CAS treballen metges, psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, infermers i educadors socials i, aquests dissenyen el pla de treball d'acord amb les necessitats de cada persona. Hi ha casos en què intervenen amb manteniment, per exemple amb metadona, i en altres valoren la modalitat de tractament més indicada i proposen la derivació a altres recursos com poden ser a unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD) o a Comunitats Terapèutiques, tot i que també tracten la inserció.

Les Comunitats Terapèutiques (C.T.), es troben com a centres de tractament intensiu. Són serveis d'acolliment residencial transitori, que proporcionen a les persones amb drogodependència l'acolliment, la cura, la vida comunitària i el seguiment per facilitar la integració social. Són accessibles per a persones que ja hagin iniciat un procés de rehabilitació terapèutica al seu CAS. Les C.T. proporcionen suport social i un espai d'integració comunitària (Orteu, Pi, i Poch, 2007).

I finalment, amb l'exclusivitat de la inserció, es troben els Pisos d'Inserció o Reinserció i els Centres de Dia:

- Els Pisos d'Inserció, també anomenats pisos amb suport o pis terapèutic, ofereixen atenció residencial de manera temporal en un entorn urbà. Fomenten la participació, la inserció laboral, social i familiar. (Escudero, 2011; Orteu et al., 2007). És freqüent que siguin la continuïtat d'un procés terapèutic a una C.T.
- Els Centres de Dia són espais alternatius al carrer, d'acolliment diürn, que treballen la inserció social i laboral a través d'activitats complementàries al tractament terapèutic. Als centres de dia es desenvolupen programes de caràcter ocupacional, prelaboral, d'adquisició d'hàbits, nous valors i responsabilitats (Escudero, 2011; Orteu et al., 2007). Normalment acudeixen persones que es troben en tractament al CAS i/o en un procés d'inserció a Pis.

2.2. TERMINOLOGIA BÀSICA

Per apropar-se a l'estat de la inserció amb persones que presenten drogodependències cal conèixer diferents conceptes que donen nom a elements i fets que interactuen abans, durant i després el procés en qüestió. Cal conèixer que s'entén per droga, per drogodependent, per reinserció o inserció, quins elements entren en joc en un procés d'inserció, quins tipus de centres es dediquen a la inserció, quin paper tenen els professionals, la visió social del fet...

A què fa referència l'adjectiu "drogodependent"? Persona que presenta drogodependència, addicció i dependència a una o diverses drogues. Però, que implica exactament el terme drogodependència? L'Organització Mundial de la Salut (1994) ho defineix com a estat en què la persona necessita o depèn d'alguna cosa o alguna persona, ja sigui com a suport, per funcionar o per sobreviure. Fent referència a l'alcohol o altres drogues, l'OMS (1994) l'especifica, com a necessitat de consumir dosis repetides de la substància, droga, sigui per trobar-se bé o per evitar sentir-se malament.

En relació a aquest fet cal explicitar què vol dir "droga" i què s'engloba dins d'aquest terme, tema polèmic pel que fa a incloure, o no, per igual les substàncies legals i les il·legals. L'OMS (1994) defineix "droga", a banda d'altres accepcions, com a terme que acostuma a referir-se concretament a les substàncies psicoactives i, sovint, de forma encara més concreta, a les drogues il·legals. Tot i així, les teories professionals intenten normalment demostrar que la cafeïna, el tabac, l'alcohol i altres substàncies, utilitzades sovint amb

finalitats no mèdiques, són també drogues en el sentit en què es prenen, almenys en part, pels seus efectes psicoactius. Altre concepte associat, i utilitzat per justificar què és i què no és una droga, és el de “crear hàbit”. Dir que una substància crea hàbit, és definit per l’OMS (1994) com a substància que presenta característiques que estimulen el consum habitual o regular i que la droga es consumeix d’una manera que implica que aquesta té un potencial de dependència considerable; tot i així “crear hàbit” és una expressió més col·loquial i que sembla menys intimidadora, per tant s’acostuma, per exemple, a utilitzar en les advertències farmacèutiques.

Abans d’arribar a l’ús generalitzat del terme “drogodependència” s’ha utilitzat, i encara continua sent molt comú, el terme “drogoaddicció”. Encara que utilitzats de manera sovint com a sinònims, el terme “drogodependència” és molt més precís i engloba molts més matisos. “Addicció” a les drogues o a l’alcohol, segons l’OMS (1994), es defineix com a consum repetit d’una o diverses substàncies psicoactives, fins al punt en què la persona (anomenada addicta) s’intoxica periòdicament o de manera continuada, mostra un desig compulsiu de consumir la substància preferida, té una gran dificultat per interrompre de manera voluntària o modificar el consum de la substància i es mostra decidit a obtenir-la per qualsevol mitjà.

Generalment, la drogodependència comporta el desenvolupament de tolerància a la substància consumida, necessitar cada vegada més consum per obtenir el mateix resultat, i una síndrome d’abstinència, donat amb freqüència amb la interrupció i la falta de consum (OMS, 1994). Aquesta síndrome d’abstinència és el que provoca que la persona ja no consumeixi per trobar els efectes i el plaer d’aquesta, sinó per evitar el malestar que pateix quan no consumeix.

El terme “addicció” comporta també el sentit que el consum té un efecte perjudicial per la societat i per a la persona. “Addicció” és un terme antic i d’ús variable. A la dècada de 1920 i 1960, es van fer diversos intents per diferenciar entre “addicció” i “habitució”, una manera menys severa d’adaptació psicològica. “Habitució” es troba definit per l’OMS (1994) com a efecte d’acostumar-se a una conducta o un estat, inclòs el consum de substàncies psicoactives. En 1957, un Comitè d’ Experts de l’OMS va diferenciar entre l’habitució i l’addicció a les drogues basant-se en l’absència de dependència física, ja que en l’habitució no existeix compulsió per prendre la droga, sinó merament desig, i en què la tendència a augmentar la dosi és escassa o nul·la. En 1964, un altre Comitè d’Experts de l’OMS va recomanar que deixessin d’utilitzar-se tots dos termes, a favor del de “dependència”, que pot tenir diferents graus de severitat, i que si no s’especifica, comprèn tant dependència física

com psicològica, o totes dues, com la dependència creuada. Una evidència d'aquesta substitució de termes pot ser la manca del concepte "addicció" i "hàbit" entre els termes diagnòstics de la desena versió de la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10)¹ i la redirecció dels lectors al terme, sí inclòs, de "dependència" (OMS, 1994; eCIEMaps v3.0.5.²). D'aquesta manera, el terme utilitzat al llarg de la investigació seran "dependència", "drogodependència" o "drogodependent", per tal de referenciar tant la dependència física com psicològica.

Continuant amb la terminologia, cal remarcar que, com incideix Valverde (1996), el llenguatge no és només una manera de comunicar el que pensem, sinó que també és una manera d'estructurar-lo. *"Es decir, pensamos en palabras y, por tanto, el language condiciona el pensamiento"* (Valverde, 1996, p. 34). En l'àmbit de les drogodependències, el fet d'utilitzar de manera habitual termes com "drogoaddicte", "toxicòman", "alcohòlic", etc., per fer referència a la persona que presenta una conducta de drogodependent condiciona de manera significativa la investigació i, com no pot ser d'una altra manera, també la intervenció. Segons Valverde (1996) això implica:

- Reduir el problema a la droga: es pot caure en què tota la investigació se centri en la droga i deixi al marge, o ho tingui en compte de manera molt secundària, l'ambient en què viu la persona, la seva història de vida, les seves relacions, la seva visió de futur, etc., que realment és el que orienta la vida dels éssers humans i és on es troba la causa i l'explicació del seu comportament.
- El terme "drogoaddicte" implica posar l'èmfasi en els problemes que la societat es planteja respecte a l'individu i no, com hauria de ser, en els problemes que la persona té des de la seva història de vida:

(...) una ciència centrada en <<algunas>> consecuencia de la conducta y no en sus causas, una vez más, apoya el planteamiento jurídico-institucional de la criminalización de la conducta, reduciendo toda la maravillosa complejidad del ser humano a algo tan concreto y superficial como el delito que comete o a las sustancias que ingiere (p. 35).

¹CIE-10: Classificació internacional de malalties, desena versió corresponent a la versió en espanyol de la ICD, sigles de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

² Web: [F19&expand=1&clasification=cie10mc&version=2010](https://www.who.int/classifications/icd10mc)

El fet d'utilitzar aquest tipus de termes, a més d'etiquetar i encasellar a la persona, comporta simplificar el problema i reduir-lo a l'àmbit exclusiu de la droga, és a dir, acabar obtenint una visió parcial que no s'ajusta a les dimensions de la realitat present. De la mateixa manera que el sistema social respon de manera repressora davant de conductes inadaptades, culpabilitzant únicament a l'individu i ignorant les causes ambientals i socials de la problemàtica, moltes vegades les ciències socials centren i redueixen el problema en la persona, considerant-lo des d'una perspectiva gairebé biològica, oblidant el concepte de "persona" que hauria d'incloure, com ja s'ha mencionat anteriorment, el seu passat, present i futur (Valverde, 1996).

Tenint en compte el fet referit anteriorment, al llarg de la investigació s'utilitzaran termes com "persona afectada" o "persona drogodependent", donant rellevància així al concepte de "persona" amb totes les variables que això implica. És cert que d'aquesta manera s'obindrà una complexitat superior, però les realitats no seran més simples per capficar-se en simplificar-les.

2.3. PERFIL DE LES PERSONES CONSUMIDORES I PERCEPCIÓ SOCIAL DE LES DROGODEPENDÈNCIES I LA INSERCIÓ.

Les societats cada cop estan més informades, es duen a terme cada cop més investigacions, les estructures socials canvien, els models d'intervenció també, inclús els tipus de professionals. Tot canvia i evoluciona, per tant és d'esperar que les persones ateses i les problemàtiques socials també.

Segons la Resolució del 2 de febrer de 2009³, des dels inicis del Pla Nacional sobre Drogues, anys 80, el perfil de les persones consumidores de drogues a Espanya ha canviat notablement. En aquella època i fins principis dels anys 90, la substància, que més alarma social causava, era l'heroïna. Les persones consumidores d'heroïna, en general, es trobaven en situació de marginació, presentaven conductes delictives, patien de patologies infeccioses, com a conseqüència de les condicions d'ús d'aquesta droga, que s'administrava generalment per via intravenosa i moltes vegades compartint el material d'injecció entre els consumidors. Davant d'aquesta situació, va destacar de manera important la infecció per VIH i la SIDA. Aquesta malaltia va començar a Espanya a principis dels anys 80 i, entre 1981 i 2005, va ocasionar 48.565 morts. Aquest elevat consum d'heroïna, i l'alarma social

³Espanya. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009- 2016. *Bletín Oficial del Estado [BOE]*, 13 de febrer 2009, núm. 2451, p. 15284-15312.

que es desprenia d'aquest, no vol dir que no hi hagués un consum important d'altres substàncies, com el cànnabis i la cocaïna, principalment, a més de l'alcohol i el tabac que eren les més consumides a Espanya gaudint a més d'una gran acceptació social.

Cal remarcar, que entre els consumidors, abans i ara, està bastant estès l'ús simultani de diferents substàncies, el policonsum. Aquest fet incrementava, i encara ho fa, els riscos i danys produïts per les drogues (Resolució del 2 de febrer de 2009).

A mitjans dels anys 90 el perfil de consumidors de drogues il·legals experimenta alguns canvis. Comença a descendir el nombre de nous usuaris d'heroïna i es va donar un augment del nombre de consumidors de cànnabis i cocaïna en pols (Resolució del 2 de febrer de 2009).

Més tard, cap al final dels noranta, es comença a conformar el que es coneix com a "consum recreatiu" de drogues, un consum ocasional però simultani de substàncies com l'alcohol, el cànnabis, la cocaïna, l'èxtasi o MDMA (droga que comença a estendre el seu consum en aquella època) i una sèrie de derivats amfetamínics, més o menys emparentats amb aquesta substància. Cada cop més es va incrementant l'associació dels consums de substàncies als espais d'oci, de manera que s'incorpora de forma creixent als estils de vida de sectors de població molt jove, que el practiquen en un marc "normalitzat". Molt diferent dels anteriors usuaris d'heroïna, en què la característica més destacable havia estat la marginació i el gran deteriorament físic que produïa el consum en un espai de temps molt reduït, a més de les malalties com l'hepatitis o la infecció per VIH (Resolució del 2 de febrer de 2009).

Amb dades de 2012, Projecte Home va realitzar l'informe "Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente 2012" (Calvo et al., 2012), en el que es concreta el perfil de les persones drogodependents ateses per l'associació al llarg d'aquell any. Aquest perfil, pot servir de guia generalitzable a l'hora de concretar el perfil existent en l'actualitat. L'informe, determina el perfil de la persona addicta en tractament com a home d'uns 35 anys, resident a medi urbà, que triga de mitja més de 10 anys en demanar ajuda i suport professional. Altra característica, és el gran volum de persones sense estudis, un 51%, o només amb estudis bàsics, un 28%. Concretant encara més, l'informe identifica tres perfils diferents (Calvo et al., 2012, p.32):

A. Perfil cuya sustancia de consumo principal es el Alcohol.

B. Perfil cuya sustancia de consumo principal es la Cocaína.

C. Perfil cuya sustancia de consumo principal es el Policonsumo y la Heroína.

Tot i aquests tres perfils, l'informe afegeix que hi ha altres, que tot i ser minoritaris, presenten característiques diferents, com per exemple les persones addictes al cànnabis, que són majoritàriament més joves, solters, amb problemes de parella i baix nivell de feina (Calvo et al., 2012).

En relació a aquests perfils, l'alcohol és la substància més consumida, segurament per ser la més normalitzada i la de més fàcil accés (41,7%), seguida de la cocaïna (31,4%), el policonsum (12%), el cànnabis (7%) i, finalment, l'heroïna (5,1%) (Calvo et al., 2012).

Altre fet que ha canviat en relació als consums i perfils de persones consumidores dels que s'han comentat anteriorment, és la manera de consumir la substància. La via intravenosa o injectada, s'ha convertit en minoritària davant la via oral, nasal i inhalada. En relació a la variable de salut, concretament a les malalties injectoinfeccioses, l'escassetat de nous casos de VIH-SIDA (4,2%), que venen reduint-se des de finals dels noranta, es valora coma dada positiva (Calvo et al., 2012; Resolució del 2 de febrer de 2009).

Actualment, gràcies a la quantitat més gran d'informació sobre la problemàtica, la intervenció comunitària, i en part també del mencionat canvi del perfil dels consumidors, a banda d'altres factors, la societat té més consciència sobre la problemàtica i ha canviat la percepció social sobre la drogodependència i les persones consumidores.

Quina concepció social es té de la drogodependència i de la possibilitat d'inserció de les persones en tractament per aquesta problemàtica? La percepció social sobre les drogodependències és un element de gran importància i impacte a l'hora d'investigar, planificar i intervenir en inserció social, ja que pot ser un factor clau per l'èxit o el fracàs de la inserció de persones. La societat on s'hauran d'inserir les persones que han patit problemes de drogodependència pot ser una societat que rebutgi, exclogui, margini i criminalitzi o pot ser una societat comprensiva, educativa, acollidora i inseridora.

La Resolució del 2 de febrer de 2009 expressa que a través de l'anàlisi i la revisió de les polítiques de drogues a Espanya, s'havia observat un canvi en la percepció social del consum de drogues i les drogodependències, ja que anys enrere la societat era molt més repressora i castigadora, i els col·lectius amb problemàtiques relacionades amb el consum eren marginals. En molts sectors de la població es podria considerar les drogodependències com a tema tabú, vergonyós i amb motius de ser amagat. El canvi més significatiu, destacat a la Resolució esmentada anteriorment, ha estat la concepció de les addiccions com una malaltia més, i amb això s'inclou el reconeixement del dret que tenen els afectats a la corresponent atenció sanitària i social. El document reconeix que aquesta atenció sanitària i

social ha d'estar adaptada a les noves necessitats i ha de garantir, atendre, facilitar, coordinar i incrementar aquesta atenció, des de la base de què qualsevol programa està en funció de les necessitats de l'individu. La individualització del tractament, l'atenció normalitzada des dels diferents recursos sanitaris de la xarxa d'assistència pública, la coordinació dels recursos implicats i la possibilitat de presentar una cartera de programes diversificats i flexibles, adaptats a la realitat de la persona usuària a l'hora d'establir en pla terapèutic d'aquesta, són principis bàsics que ha de contemplar l'atenció sanitària oferta a les persones que pateixen drogodependència.

Tot i el que expressa la Resolució del 2 de febrer de 2009 sobre el canvi en la percepció social i la concepció de la drogodependència com una malaltia més, des d'aquesta fins a l'any 2012 van passar 4 anys, i l'objectiu de l'informe "Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente 2012" (Calvo et al., 2012) encara tenia a veure amb la sensibilització social sobre la realitat de les drogodependències i el perfil de les persones consumidores.

2.4. PROFESIONALITAT REFLEXIVA I TREBALL EN XARXA EN EDUCACIÓ SOCIAL

Aquesta idea de Valverde (1996), de complexitat, multicausalitat i interacció de diversos fets i variable a tenir en compte a l'hora d'intervenir i investigar, presentat anteriorment a "Terminologia bàsica", respon a un pensament sistèmic. En el pensament sistèmic, el professional no es limita a reduir el problema fins a trobar solucions independents, fàcilment accessibles i aplicables, que molts cops fan de pegats mentre que el problema continua o creix. Altrament, sota el pensament sistèmic, treballen professionals reflexius, que mantenen una mirada ampla i complexa de la realitat, línia en la qual és enfocada la present investigació.

La professionalitat ampliada o reflexiva es basa en la concepció de l'educació social i la tasca professional com a equilibri entre l'especialització, esmentada anteriorment, i la reflexió, la funció social ampla, la construcció de coneixement, la cooperació, el treball en xarxa i el canvi social. Aquest model es duu a terme per professionals reflexius (Riberas, Vilar i Mora, 2013).

Un element important a tenir en compte a l'hora de parlar d'aquests dos models, és el cost econòmic i de recursos materials i humans que requereix cadascun d'ells. L'actual crisi

econòmica ha estat un obstacle per molts equips que treballaven o anaven en direcció d'un model sistèmic ben planificat i elaborat, han hagut de tornar enrere a causa de la falta de recursos i de personal. Una atenció personalitzada i un acompanyament psicosocial de qualitat necessita professionals amb temps per treballar de manera adequada, no amb presses i sobresaturacions. I un model que pugui créixer i estendre's necessita professionals alliberats i invertint hores en reflexió i investigació, cosa que ara per ara no està valorat a un nivell que gaudeixi d'impacte a la professió.

El model sistèmic o de complexitat, és relativament nou, els models tecnocràtics es resisteixen a introduir o acceptar aquest tipus de visió i de professional, mentre que un professional actuator es resisteix als canvis i els viu com a amenaces o desacreditacions personals, un professional reflexiu investiga i està obert a les noves mirades. Definitivament, ha estat reconeguda la dificultat i, moltes vegades, impossibilitat d'intervenir des d'un model mecanicista i parcial:

...nuestro punto de vista es que los modelos explicativos de la realidad de orientación mecanicista y sus correspondientes formas de actuación profesional de carácter tecnocrático no dan respuesta a los retos de la sociedad actual, dinámica y compleja. Las propuestas tecnocráticas funcionan en contextos asistenciales y de control más o menos sencillos. Comienzan a tener importantes limitaciones en un modelo de promoción de los derechos básicos y son insuficientes en las propuestas de promoción de las personas, que han de ser mucho más individualizadas, integrales en la singularidad de cada caso y contextualizadas en el territorio (Vilar, Riberas i Rosa, 2014, p. 136).

Aquest model està quedant en el passat, tot i que en molts centres, i en la societat general, encara s'apliqui i es treballi d'aquesta manera, a poc a poc això està canviant, ja que dificulta el treball en xarxa i la millora i resolució final de les problemàtiques socials.

Concretant la professionalitat reflexiva en la problemàtica del consum de drogues, es considera oportú treballar cercant altres significats, relacions i causes no tan aparents en la història personal, en les seves relacions i significats. D'aquesta manera, s'intentarà desbloquejar la mirada del fet concret i compulsiu del consum, s'acompanyarà a la persona en la cerca de significat respecte el seu consum i s'afavoriran les explicacions alternatives a aquests (Boira, Gajón, i Used, 2000).

Seguint en la línia anterior, fins ara els recursos i les actuacions s'han estat duent a terme sota un model tecnocràtic, i això també ha afectat la concepció del treball en xarxa i de la seva utilitat:

La realidad sistémica y compleja de las problemáticas sociales requiere que los distintos focos de saber o agentes socioeducativos que confluyen en el territorio trabajen de forma complementaria y interactiva en forma de redes para crear respuestas realmente efectivas y sólidas. La conciencia sobre qué agentes pueden llegar a configurar la red, la voluntad de incorporar el máximo de agentes posibles (profesionales o no profesionales), el conocimiento de su potencial y de las particularidades que cada uno de ellos aporta, son elementos que definen la complejidad y riqueza de la red (Vilar, 2008, p. 269).

És necessari un canvi d'actitud per part dels professionals respecte de la seva cultura professional i de la manera en què defineixen el seu rol d'agents de canvi social, per tal d'arribar al que realment significa el treball en xarxa. La xarxa socioeducativa i el treball en xarxa té sentit pel que fa a creació de coneixement i funcionament conjunt. En canvi, altres tipus de xarxes, com per exemple, acumulatives (ex.: xarxes municipals, de territori), on no hi ha interacció, distributives (ex.: xarxa elèctrica), on la comunicació és unidireccional o d'interconnexió (ex.: xarxa de recursos de serveis socials), on la comunicació és bidireccional però sense gaire compromís, tan sols de coordinació, no s'arribarà a abordar les necessitats de la manera més completa possible i tenint en compte les diferents vessants de la seva complexitat (Vilar, 2008; Díaz, Civís i Longás, 2013):

Su uso simplificado, o el hecho de ser usado como significante sin haber construido un significado compartido por los diferentes agentes, puede tener como consecuencia un tipo de aproximaciones a la realidad que no respondan a la naturaleza compleja de los fenómenos que se están tratando y que a la vez traicionen el espíritu de las distintas leyes que regulan los derechos sociales de las personas (Vilar, 2008, p. 270).

Perquè una xarxa socioeducativa funcioni ha de contemplar i treballar per complir els 7 principis d'anàlisi establerts per aquestes: proximitat, respondre a les necessitats reals del territori i en casos de context tancat es tindrà en compte si treballen els diferents agents i serveis conjuntament per la persona o pel territori d'on prové; transversalitat, és a dir, treball

integral i integrador de tots els agents, formals i no formals, en una proposta compartida; horitzontalitat, igualtat, treball no jeràrquic, lideratge compartit a partir de la complementaritat dels agents que hi participen; coresponsabilitat, presa de decisions per consens i deliberació, equitat i responsabilitat compartida; cooperació, construcció conjunta de propostes i independència en la seva implementació; proactivitat, treball per a la solució de problemes i l'assoliment d'objectius amb voluntat de progrés, canvi i transformació; projecció, anticipació i mirada de futur global i ampla, més enllà de les dificultats o problemàtiques concretes (Díaz et al., 2013).

2.5. ACOMPANYAMENT SOCIOEDUCATIU

Dins de la complexitat de la intervenció es troba la importància de l'acompanyament, sobretot en processos de canvi tan dràstics com és la recuperació de la malaltia de l'addicció i la inserció social. Per què es doni un bon acompanyament professional s'han de posar en marxa molts processos i accions a partir dels que es crearà el clima i la confiança necessària per què el procés de capacitació, adquisició d'hàbits, autoconeixement... i definitivament d'inserció social sigui real. El professional haurà de sortir de la perspectiva i la mirada social, per no jutjar i arribar a ajudar i acompanyar de manera propera a la persona. Valverde (1996) debat sobre aquest procés de modificació del pensament i la imatge prefixada que té el professional i sobre la necessitat d'apropament a la persona sense idees, tècniques, o metodologies tancades:

Con demasiada frecuencia los psicólogos hemos convertido el diagnóstico, entendido como el proceso de comprensión del problema, en una mera etiqueta, que estigmatiza rígidamente al individuo, estudiándolo no en función de los problemas que presenta desde su vida y desde su propia percepción de la misma, sino desde nuestro concepto de normalidad (...) para esa necesaria modificación de nuestros planteamientos sobre la drogadicción, es preciso que seamos capaces de romper la distancia, perder el miedo y acercarnos a la manifestación del fenómeno, y de una manera comprometida y lo más libres posible de nuestros propios esquemas de vida, válidos para nosotros, pero tal vez no para otras personas, que viven otras vidas, desde otros presupuestos, en otros ambientes, en muchas ocasiones muy diferentes a los nuestros (...) hemos de

llegar al diagnóstico centrado en la persona (...) El objetivo, pues, no es conocer lo que pienso yo, desde mi realidad,(...) sino descubrir y comprender las causas de su conducta, desde su realidad y al margen de la mía, flexibilizando mis propios esquemas de funcionamiento tanto como sea posible (...) más posibilidades tendré de comprender al otro y diseñar estrategias de intervención centradas en él y su vida y no en mí y mis demandas con respecto a <<su>> problema (Valverde, 1996, p. 29-30).

A continuació es presenten set idees claus sobre l'acompanyament professional, especialment en processos de canvi, en moment vitals de transició o superació de situacions difícils, en moment de creixement personal, estacional o relacional, com és el cas de la inserció social (Raya i Funes, 2001):

- L'acompanyament com a metodologia multidisciplinària i transversal a tots els àmbits de la persona.
- L'acompanyament com a període, com a seqüència d'accions dedicades a crear una bona relació d'ajuda per tal d'iniciar i seguir un camí cap a la superació.

L'acompanyament és una metodologia i un fet complex i ampli. És una forma de treballar, que no sempre es dona, però que s'hauria de donar. L'acompanyament implica una intervenció multidisciplinària i integral envers tots els aspectes possibles de la persona i de la vida d'aquesta. No és fàcil aconseguir una bona relació d'acompanyament, segons el meu punt de vista, en part, per causa de la sobresaturació dels recursos. Un bon acompanyament requereix un nivell de dedicació, temps i implicació que no sempre són totalment a l'abast dels professionals que s'hi dediquen. Tot i així, si que és possible i en major o menor grau es pot aconseguir, sempre i quant es tingui clar que un bon acompanyament serà un procés on la persona acompanyada haurà de superar moltes situacions difícils i patir grans canvis, cosa que no serà fàcil. Un acompanyament representa la transició d'etapes, la superació i millora de vida de la persona acompanyada, alhora que pel professional representarà cercar els recursos i les eines necessàries per donar suport i empenta a l'altre. Per aconseguir-ho, a més de la feina de coneixement, suport i confiança amb la persona, cosa que requereix temps i una sèrie de passos a seguir, també serà necessari el, ja definit, bon treball en xarxa.

- L'acompanyament com a procés de creixement i creació, d'aprofitament i transformació d'experiències, d'aprofundiment en un mateix i de formador de coneixement.

L'acompanyament implica la creació d'un projecte de vida. A propòsit d'això, la persona haurà de passar per un procés introspectiu, haurà de saber i comprendre com és, que sap, com es relaciona, com actua i per què actua d'aquesta manera, etc. Acompanyar voldrà dir crear un vincle capaç d'aconseguir la confiança necessària perquè la persona pugui deixar-se guiar i obrir-se a aprofitar, de manera conjunta, les seves experiències i coneixements anterior, de manera que aquests puguin ajudar a reconduir la seva situació, ajudar a fer canvis. És el que s'anomenarà com a construcció positiva, fent referència al procés de reorganització i interpretació dels successos vitals, experimentats per la persona, mitjançant el qual prendrà consciència de la seva identitat personal. És la capacitat de la persona d'integrar tots els esdeveniments d'una forma adaptativa i no patològica (Boira et al., 2000). Aquest procés haurà de ser desitjat, útil i realista per la persona, a més de compartit, guiat i supervisat pel professional, de manera que s'haurà de realitzar un seguiment complet dels avenços, retrocessos i canvis sorgits.

- L'acompanyament es troba delimitat per la necessitat de donar resposta als problemes plantejats per la persona i per la capacitat per què utilitzin els recursos que l'entorn ofereix.

L'acompanyament és un concepte i una forma de treballar molt amplia, que si no es trobes delimitada per diversos factors, seria un repte bastant insostenible. Cap persona és completament com li agradaria ser, ni porta una vida totalment desitjada. Les persones creixen a través de canvis, i aquests són sempre constants, el creixement personal, social i vivencial és continu. Els límits que troba l'acompanyament són les necessitats que en un moment donat presenta o expressa la persona acompanyada. Un projecte, un pla de treball, ha de tenir un final, uns objectius complerts, el seguiment pot allargar-se durant anys, però arriba un moment que la persona ha de continuar sola o amb altres persones que no siguin de caràcter institucional, aquest seria un dels límits de l'acompanyament. Per aquest motiu, es presenta un altre límit, la capacitat d'utilitzar altres recursos per facilitar la incorporació social. Obrir altres vies de socialització és un objectiu fonamental en l'acompanyament, oferir i donar a conèixer a la persona altres recursos, encara que amb seguiment continuat, ja siguin institucionalitzats, primerament, i normalitzats, finalment.

- L'acompanyament ha d'incloure el treball conjunt, l'espai on la persona pugui conèixer i compartir experiències similars a la seva:

Els processos de canvi comporten, molts cops, inseguretats, pors, penediments, sentiments d'inferioritat, males comparacions... Tot això pot tractar-se en grup, cosa que dóna l'oportunitat de conèixer persones que hagin patit la mateixa situació o el mateix canvi, persones que hagin aconseguit tirar endavant o que encara no. Les estratègies que cadascú hagi fet servir poden ajudar a una altra persona, potser més, encara que no sempre, que les que dóna el propi professional. A més, el suport del grup dóna seguretat, això recorda a la metodologia de les comunitats terapèutiques, on el suport, la comprensió, la cooperació i, perquè no, la pressió de grup ajuda a fer grans avenços, també de manera personal.

- En l'acompanyament, el professional no ha de convertir-se en l'eix i referent únic del procés i de la persona.

El professional ha de tenir en compte que un procés d'acompanyament terminarà i que la persona ha de trobar estratègies i suports fora de les institucions i deixant de banda al professional de referència, sempre sense abandonar el posicionament d'acompanyant. L'atenció personalitzada ha d'estar molt present, però en trobades grupals la persona podrà comprovar que altres persones també el poden escoltar i ajudar.

- Un procés de canvi necessita un acompanyament atent i reforçador d'actituds.

Els processos de canvi solen ser lents, amb avenços i retrocessos i un bon acompanyament ha d'incloure una bona observació d'aquests. Les persones amb problemàtiques greus solen tenir una baixa tolerància a la frustració, el professional ha de saber donar inputs positius i traslladar els canvis percebuts a la persona, encara que siguin canvis petits. Si la persona només rep atenció i crides d'atenció quan fa les coses malament o quan alguna cosa o ha sortit com s'esperava, la seva motivació i interès baixaran. Les decepcions o errors en el camí han d'estar equiparats als ànims i felicitacions quan es produeixen avenços.

Aquest acompanyament, tot i que s'ha de fer per part de tot l'equip de professionals que intervé en el tractament o inserció de la persona, el professional de referència, com s'ha anat referenciant, té un paper més rellevant per cada una de les persones a qui tutoritzen.

El professional de referència serà la persona que acompanyarà de manera més individualitzada i propera a la persona, realitzant el seguiment de tot el procés. I, sempre que

sigui possible serà la persona que faci l'acollida, que cerquí un apropament i una connexió per aconseguir l'adherència inicial per tal que les persones trobin una referència d'ajuda i suport. El professional de referència és qui ha de ser capaç de donar una primera informació, orientació i resposta a les necessitats bàsiques. I en mesura que la persona percep que alguna cosa es mou per ella, s'aconseguirà que aquesta avanci més fàcilment. Més tard, és necessari que entrin en joc altres professionals, donant així una resposta interdisciplinària des de diferents àmbits, però el professional de referència és el que ha de coordinar i dinamitzar aquestes intervencions en diàleg amb la persona (Alonso i Funes, 2009).

2.6. INSERCIÓ SOCIAL I LABORAL

Després d'haver entrat en context, s'emmarcarà l'eix principal de la investigació, la inserció o reinserció social. El concepte de reinserció va dirigit a descriure el procés d'adaptació social de les persones que al llarg de la seva vida, en algun moment donat, sí que s'han trobat adaptades a la societat majoritària, però per algun motiu, en aquest cas per alguna addicció, s'han allunyat d'aquesta vida adaptada i ara caldrà retornar a normalitzar la seva situació, s'entén com a procés de vinculació amb l'entorn que es dona després d'un període d'aïllament, crisi o exclusió (Valverde, 2002; Nieto en Eréndida i Nute, 2013). "Reinserció" i "inserció" s'utilitzaran indiscriminadament al llarg de la investigació, tot i així cal explicitar que no s'han d'assumir com a sinònims, existeix molta polèmica sobre com anomenar aquest procés d'inclusió social al que s'està fent referència: reinserció, inserció social, recuperació, incorporació social, integració... Palacios, directora del departament de Benestar i Assumptes Socials de la Federació Espanyola de Municipis i Províncies (FEMP) (2001), de la mateixa manera que Valverde (2002), utilitza el terme "inserció social", terme que fa referència a la introducció i adaptació d'una persona a la societat, que probablement fins al moment ha estat al marge d'aquesta. Una persona que, segurament, des de sempre ha viscut en la marginació o inadaptació social com a forma de supervivència i adaptació, encara que sembli contradictori, al seu entorn més pròxim:

(...) a menudo nunca han estado insertados. Los muchachos con los que yo trabajo, nacieron en la exclusión y desde ella accedieron a la marginación, a la inadaptación, a la droga y a la cárcel. En consecuencia nunca tuvieron la posibilidad de estar insertados, nunca perdieron su adaptación. Ellos han vivido como se les ha permitido

vivir, en una precaria y, en ocasiones, patética adaptación a un mundo donde únicamente han tenido oportunidad de conseguir lo más posible o sufrir lo menos posible en el día a día, en esa permanente adaptación situacional que preside su vida desde que se abren al mundo con un descorazonador sentimiento de exclusión (Valverde, 2002, p.119).

D'aquesta manera, el terme trobat com a més complet i integrador ha estat "inserció social", nom que integra de la mateixa manera processos en què la persona ja havia estat adaptada socialment, com processos en què mai ho havia estat. Palacios (2001) defineix el concepte d'inserció social com el "*conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos, en el sentido defavorecer las condiciones óptimas que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal*" (p. 66).

La inserció social és un procés complex, ple d'avenços i retrocessos. El consum està lligat tant a les vivències, com als valors o la falta d'aquests, com a les conductes, les relacions... és a dir, la inserció no és "reinserció", no és retornar a la situació anterior al consum, ja que en molts casos, com s'ha mencionat anteriorment, la situació anterior ja era inadaptada. El que caldrà fer serà dissenyar un nou projecte de vida adaptada, sense la drogodependència, però sense moltes altres coses, com conductes, hàbits, valors... inadaptats i autodestructors (Funes, 1986). Un procés d'inserció necessitarà integrar moltes més àrees de la persona, no només la centrada en la toxicomania, com defensa Valverde (1996).

Les persones amb conductes de drogodependència es caracteritzen per tenir una baixa tolerància a la frustració, sobretot per la quantitat de males experiències vitals i d'entrebancs en el procés de desintoxicació i deshabitació. Per aquest motiu, un professional que acompanya a una persona en procés d'inserció ha de ser realista i fer veure a l'altre la realitat de la situació, però també ha de saber animar i donar les empentes necessàries per ajudar a tirar endavant a l'altre sense rendir-se (Raya i Funes, 2001). Una persona en procés d'inserció necessita una mínima gratificació pel que està fent, si es vol formar part de la societat normativa, és segurament perquè alguna recompensa i benestar s'extreu de tot això, però no és fàcil arribar a descobrir quina. Construir el vincle entre la persona drogodependent i el grup normatiu que l'envolta no és fàcil, ja que aquest mateix grup l'ha estigmatitzat i marginat. La societat ha marginat i ha qualificat d' "anormal" els col·lectius dels que es vol allunyar i protegir, cosa que amb el temps provoca que la pròpia persona s'identifiqui amb aquest rol desviat i s'afavoreixin les conductes delictives i els consums (Valverde, 2002; López i Pérez, 2005):

Para abrirse al mundo y adaptarse a él, la persona ha de encontrar en esa relación un mínimo de gratificación. Ha de poder esperar formar parte del grupo <<normalizado>>, de tener posibilidades de poseer lo que otros poseen, en suma, de tener éxito y creer que ese éxito también depende de su esfuerzo. Sin embargo, los muchachos con los que trabajo siempre han tenido experiencias y expectativas de fracaso (...) (Valverde, 2002, p. 119-120).

Al llarg de tot el procés, però sobretot en els últims moments, en la inserció, un aspecte important a treballar és la prevenció de recaigudes. Una “recaiguda” és, segons l’OMS (1994), l’acció de tornar a beure o consumir droga després d’un període d’abstinència, acompanyada sovint de la reinstauració dels símptomes de dependència. Alguns autors diferencien entre recaiguda i caiguda (en el sentit d’“entrebanc”); aquesta última denota una ocasió aïllada de consum. Per tant, com no podia ser d’una altra manera, l’OMS (1994) defineix “prevenció de recaigudes” com a conjunt de procediments terapèutics utilitzats, en els casos de problemes amb les drogues, per ajudar als afectats a evitar o a superar la tornada al consum o recaiguda cap a un consum no controlat de la substància. Aquests processos poden emprar-se junt amb un tractament basat en la moderació o l’abstinència o amb altres mètodes terapèutics. Els afectats aprenen estratègies d’afrontament que poden utilitzar per evitar situacions que es consideren precipitants o perilloses d’una recaiguda i aprenen, mitjançant tècniques de repetició mental i d’altres tipus, a reduir al mínim el consum de substàncies una vegada s’ha produït la recaiguda (OMS, 1994).

La prevenció de recaigudes i la reinserció de manera molt sovint estan presents en centres tant de tractament com d’inserció, ja que el camí és llarg i ple d’obstacles es considera oportú treballar aquests aspectes al llarg de les diferents fases del procés.

Al procés fins a arribar a la integració social, pas que segueix a la inserció, passant des de la desintoxicació inicial fins al procés d’inserció o reinserció, se’l denomina “rehabilitació”. “Rehabilitació”, a l’àmbit del consum de substàncies, és definit per l’OMS (1994) com a procés mitjançant el qual una persona amb un trastorn a causa del consum de substàncies arriba a un estat de salut, una funció psicològica i un benestar social òptims. La rehabilitació té lloc després de la fase inicial del tractament (que pot requerir desintoxicació i tractament mèdic i psiquiàtric). Engloba diverses estratègies, com la teràpia de grups, teràpies

conductistes específiques per evitar la recaiguda, participació en un grup d'ajuda mútua, ingrés en una comunitat terapèutica o un pis protegit, formació professional i experiència laboral. S'espera aconseguir la inserció social en la comunitat (OMS, 1994).

Finalment, un element que no es pot obviar en la inserció social, és la inserció laboral. Una de les recompenses més gratificants, després d'haver superat tots els entrebancs d'un procés terapèutic, és el fet de trobar una feina, on sentir-se útil i poder extreure el profit necessari per viure de manera independent. Una persona amb problemes de drogodependències, de la mateixa manera que qualsevol altre, no hauria d'estar tota la vida dependent del sistema, dels centres o de les ajudes socials, és un pensament insostenible i, a més, no es podria dir que estar del tot inserida socialment. És necessari, per estar adaptat i per autorealitzar-se el fet de ser independent econòmicament, sempre que sigui possible tenint en compte les condicions físiques i psíquiques de la persona afectada. A més, la feina farà un gran favor a una persona en procés d'inserció social, ja que un altre dels principals handicaps que presenten és la inseguretat i el desconeixement a l'hora d'ocupar el temps lliure (Valverde, 2002).

Ellos también, lógicamente, porque necesitan salir adelante económicamente. Además, el trabajo es importante para las personas a las que me dirijo por otras razones no menos relevantes: En primer lugar, necesitan normalizar su vida, formar parte de la mayoría de los ciudadanos, y para ello el trabajo es un elemento esencial; la persona no se siente adaptada ni se la considera adaptada si no tiene una ocupación. Es más, el trabajo, la independencia económica, la productividad, se convierte en nuestra sociedad en una especie de <<rito de iniciación>> imprescindible para considerar adulta a una persona (Valverde, 2002, p. 126).

La professió, l'ocupació, la utilitat social marca també la identitat personal, cosa que les persones en aquests processos han d'anar construint, ja que segurament tots els canvis produïts han canviat molts aspectes de si mateixos, de la seva personalitat, forma de pensar, posicionament envers gairebé totes les circumstàncies vitals, per tant la seva identitat ha de ser novament descoberta i a poc a poc reformulada. La feina té un gran paper en aquest procés, ja que per la resta de la societat també ho té:

(...) si preguntamos a una persona quién es o qué es, posiblemente nos contestará antes que cualquier otra cosa que es fontanero, trabajador social o psicólogo. Es decir, tiene tal relevancia social el trabajo que se convierte en un elemento esencial de identificación personal (...) no son <<nada>> laboralmente, lo que casi equivale a decir que tampoco lo son socialmente. No nos engañemos, la opinión que los demás tienen de nosotros, la forma en que nos ven, tiene gran importancia de cara a cómo nos vemos a nosotros mismos. Por eso el trabajo tiene una gran relevancia para el proceso de personalización –es decir, de identificación personal- que debe ser objetivo esencial de la intervención y de la inserción social, de la manera de abrirse al mundo y relacionarse con él (Valverde, 2002, p. 126-127).

Altres aspectes a remarcar i importants en el moment de la inserció social és el fet d'apostar per vies o recursos més institucionalitzats o per recursos més normalitzats socialment. La inserció laboral, com s'ha dit fins al moment és un element clau en la inserció i socialització de la persona en l'entorn. En aquest sentit, l'entrada al món laboral no serà fàcil. En aquests moments, amb l'actual crisi econòmica, persones molt preparades, amb estudis o una extensa vida laboral estan tenint molts problemes per entrar al món laboral o retornar a aquest. Per aquest motiu, per la saturació de demanda i escassetat d'oferta, encara serà més difícil per persones drogodependents, encara que rehabilitades, entrin al món laboral.

Persones que han estat sempre o durant anys apartats del món laboral han de justificar un buit laboral que els pot marcar i pot ser causa de discriminació o simplement falta d'experiència. Tot i així tothom té alguna cosa per aportar i tothom és útil o sap d'alguna cosa o d'algun àmbit. Si aquestes habilitats o coneixements resultessin insuficients caldrà descobrir els interessos o habilitats de les persones en qüestió per tal de potenciar-les i possibilitar la formació i creixement d'aquestes. Per tant, s'hauran de cercar vies formatives i ocupacionals, sense perdre de vista una futura inserció al món laboral normalitzat (Valverde, 2002).

2.7. ALTRES REFLEXIONS

Fins al moment, s'han presentat els elements, fets, termes i visions, que interactuen i s'han cregut rellevants en quant a la intervenció i recerca en inserció social de persones

drogodependents. S'ha plasmat de manera teòrica el circuit de tractament i els recursos existents, la terminologia bàsica pel que fa a drogodependències, la visió de futur que defensa i que pretén tenir la recerca, és a dir, la professionalitat reflexiva i el treball en xarxa, la importància, també, de l'acompanyament, la concreció del perfil actual de les persones consumidores i la present percepció social d'aquestes i de les drogodependències i, finalment, la inserció social i laboral de les persones drogodependents, enfocant així la recerca.

Per continuar amb el desenvolupament de la recerca, i perquè aquesta quedi completa, caldrà tenir present, a més de l'esmentat anteriorment, altres conceptes com, per exemple, la qualitat, l'accessibilitat, les necessitats detectades o les propostes d'innovació que puguin sorgir al llarg d'aquesta.

Segons Ras (2003) per determinar que un servei és de qualitat s'ha de tenir en compte el tipus de servei, la seva funció, en què consisteix, quin impacte té... I afirma que *"un producte o servei és de qualitat quan el conjunt de característiques que posseeix fan que sigui satisfactori per als seus usuaris"* (p. 24).

Pel que fa a l'accessibilitat dels recursos, a més de ser una característica sovint utilitzada per fer referència al fet de no restringir l'entrada a causa de la capacitat adquisitiva de la persona, des de la teoria es defineix l'accessibilitat de la següent manera:

(...) característica que permite que los entornos, los productos, y los servicios sean utilizados sin problemas por todas y cada una de las personas, para conseguir de forma plena los objetivos para los que están diseñados, independientemente de sus capacidades, sus dimensiones, su género, su edad o su cultura (Aragall,2010, p.25).

Altre element a tenir en compte són les necessitats detectades al llarg de la investigació. Segons Casado (2009) els estudis que fan deteccions de necessitats, o avaluacions de necessitats es poden classificar en dos grans grups:

(...) d'una banda, aquells que es focalitzen en l'anàlisi de la problemàtica que justifica la intervenció pública; i de l'altra, aquells que a més de caracteritzar l'abast de la

problemàtica, tracten de valorar els serveis necessaris per generar el canvi en l'estat de coses a què ens referíem anteriorment (Casado, 2009, p.7).

Cada cas utilitza un concepte de necessitat diferent, en el cas dels que analitzen la problemàtica, les necessitats tenen a veure amb el desacord entre la situació inicial de l'individu i la situació desitjada. En canvi, si l'èmfasi es posa en la intervenció que es porta a terme sobre una problemàtica, com es el cas de la present recerca, la necessitat que s'avalua és de serveis o prestacions. La manca de serveis dedicats a intervenir en sobre una problemàtica seria una necessitat detectada (Casado, 2009).

Finalment, cal incloure un aspecte que pot sorgir, i que hauria de sorgir, de les investigacions, són les propostes de millora, de vies futures a seguir, d'innovacions. A diferència dels processos actuals d'innovació social, les propostes d'innovació de la present recerca es concebran segons Imbernón (1996), és a dir, com a *“propuestas y aportaciones, efectuadas de manera colectiva, para la solución de situaciones problemáticas de la práctica, lo que comportará un cambio en los contextos y en la práctica institucional de la educación.”* (p. 64).

Tot aquest plantejament teòric ha estat la base de la recerca, per poder delimitar-la i desenvolupar els elements que interactuen en aquesta. Així, es posarà en marxa aquest disseny pilot sobre la inserció social de persones drogodependents.

3. ORGANISMES I MARC LEGAL

En temes de drogodependències i inserció social el marc legal és molt ampli. Hi ha organismes, plans, legislacions, polítiques... a àmbit local, comarcal, estatal, europeu i mundial, ja que en temes de salut pública els estudis i actuacions són amplis i extensos. A tall d'emmarcament, però sense descuidar les limitacions d'un disseny pilot com l'aquí present, s'especificaran els organismes, els plans, les lleis i les polítiques generals que s'han trobat més rellevants en temes de drogodependències i inserció social.

Com a legislació i organismes públics a destacar, amb funcions i tasques de regulació, informació, assessorament, desenvolupament de programes... en el context de les drogodependències trobem, segons dades del 2014 (Canal Salut: Drogues, gencat.cat⁴):

- A àmbit internacional:
 - L'“European monitoring center for drugs and drugs addiction” o l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies, és un organisme descentralitzat de la Unió Europea fundat en 1193 amb seu a Lisboa.
 - La “World Health Organization. Substance Abuse”: és un organisme de les Nacions Unides especialitzat en qüestions de salut i salut pública, incloent-hi la problemàtica de les drogodependències.
 - L'Oficina Regional de l'OMS a Europa: L'OMS és l'autoritat responsable de la salut pública dins del sistema de les Nacions Unides i l'Oficina Regional de la OMS a Europa és una de les sis oficines regionals a tot el món. En el seu apartat de “temes de salut” podem trobar documentació, agenda i polítiques en matèria d'alcohol i drogues il·legals.
 - La Comissió Europea. Direcció General per a la Salut i els Consumidors: és una web de la Direcció de la Comissió Europea per la salut pública i l'avaluació de riscos. A més, per als experts en salut, el lloc també presenta enllaços a bases de dades de les estadístiques de salut pública. Aquest organisme proporciona informació sobre les polítiques i les decisions preses a nivell europeu, nacional i internacional a l'àmbit de la salut, on s'inclouen l'alcohol i altres drogues.

⁴ Web: <http://drogues.gencat.cat/es/>

- La “United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODC)”:
és l’agència de l’ONU encarregada de la lluita contra les drogues il·lícites i la delinqüència internacional. Va ser fundada en 1997, a través d’una fusió entre el Programa de les Nacions Unides contra la Droga i el Centre per la Prevenció Internacional del Delicte. ONUDC opera en totes les regions del món a través d’una extensa xarxa d’oficines. És un organisme que depèn totalment de contribucions voluntàries majoritàriament dels governs.
- El “Canadian Centre on Substance Abuse”: és un organisme oficial, amb seu a Ottawa, creat a 1988, que té com a objectiu la reducció dels efectes associats al consum de drogues i la ajuda a les organitzacions que treballen en la prevenció i el tractament de les drogodependències.
- El “National Institute on Drug Abuse” (NIDA): és un organisme situat a Estats Units i que té com a missió conduir i portar els coneixements científics relacionats amb l’ús i l’abús de les drogues.
- El “National Institut for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA): és un institut que dona suport a la investigació en les conductes, les conseqüències, el tractament, la prevenció de l’alcoholisme i els problemes derivats d’aquest.
- Àmbit estatal:
 - El Pla Nacional sobre Drogues (PNSD), que va ser una iniciativa governamental creada en 1985 destinada a coordinar i potenciar les polítiques que, en matèria de drogues, es duen a terme des de les Administracions Públiques i entitats socials a tota Espanya.
 - Butlletí Oficial Espanyol (BOE, 2009). Aquest, tot i no ser especialment dedicat a les drogodependències, és on es publiquen les lleis aprovades per les Corts Generals, les disposicions del Govern i les de les comunitats autònomes, per tant és de gran interès a l’hora de consultar l’estat legal de qualsevol matèria, incloent-hi la legislació en drogodependències.
- Àmbit autonòmic:
 - L’Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) i l’Institut Català d’Avaluacions Mèdiques (ICAM) que estan adscrits i s’integren al Departament de Salut mitjançant la Secretaria de Salut Pública. Aquesta,

treballa per fer més sana, saludable i segura la vida i l'entorn de les persones de Catalunya. Vetlla per la millora de la salut individual i col·lectiva amb polítiques de promoció de la salut i prevenció de les malalties, de protecció i vigilància de la salut, de seguretat alimentària i de salut laboral.

- Consell director i Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD) amb funcions de planificació i programació. Gestiona actuacions de prevenció, assistència i inserció assegurant la coordinació amb administracions locals.
- El Pla de Drogodependències de Catalunya (1987) que va organitzar la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD).
- El Pla Director de Salut Mental i Addiccions, va ser creat dins del Departament de Salut i integra els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) amb els Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) i els Centres de Salut Mental Infants i Juvenils (CSMIJ).
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC).

Es considera que, per les característiques legals i territorials dels recursos i serveis inclosos al present disseny pilot, aquest es pot generalitzar a àmbit autonòmic, per tant es farà especial menció a les publicacions legislatives DOGC. Aquest, té entre acords del govern, anuncis, correcció d'errades, decrets, decrets de l'administració local, edictes, lleis, ordres, i resolucions, 635 documents vigents que fan referència, entre altres, a les drogodependències. D'entre aquests, com a exemple, es pot fer referència als 29 documents reguladors en matèria de toxicomanies, als 22 reguladors dels serveis socials o als 92 de suport econòmic (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, gencat.cat⁵).

Amb intenció de concretar i plasmar la presència formal d'aquesta legislació, s'exposaran tres exemples concrets de les resolucions més actuals dels tres àmbits esmentats:

- En matèria de toxicomanies.
 - Resolució SLT/2244/2015, del 7 d'octubre, per la qual s'obre la convocatòria per a la concessió de subvencions per al finançament a entitats privades

⁵ Web:

http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_cercador_de_normativa/?action=print&excludeInvalid=true&filterType=materies&language=ca_ES&lblexcludeInvalid=Excloure+disposicions+no+vigents&lbtextWords=Paraula%2Fes+del+text&newSearchId=6376907&page=1&pageResults=12&searchId=6376907&searchTypeParam=advanced&textWords=Drogodepend%C3%A8ncies&txtexcludeInvalid=S%C3%AD&txttextWords=Drogodepend%C3%A8ncies

sense afany de lucre que realitzin actuacions a l'àmbit de la salut, de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents als anys 2015 i 2016⁶.

- En matèria de servis socials.
 - Decret 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials⁷.

- En matèria de suport econòmic.
 - Resolució SLT/1447/2011, de 6 de juny, per la qual es convoca concurs públic per a la concessió de subvencions a entitats de caràcter no lucratiu per al finançament d'activitats de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents a l'any 2011⁸.

De manera més global, la Generalitat de Catalunya té disponible el següent recull de normativa actualitzada, publicada al DOGC, en l'àmbit de les drogodependències (Canal Salut: Drogues, gencat.cat):

- Creació de la Comissió Interdepartamental sobre Drogues⁹. Creació de l'òrgan que coordina les activitats que tracten l'abordatge de la prevenció, l'assistència, la reducció de danys, la reinserció, la formació i la recerca en els problemes relacionats amb els consums de drogues, i de participació de la ciutadania, institucions i organitzacions no governamentals implicades en les drogodependències.

⁶Resolució SLT/2244/2015, de 7 d'octubre per la qual s'obre la convocatòria per a la concessió de subvencions per al finançament a entitats privades sense afany de lucre que realitzin actuacions a l'àmbit de la salut de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents als anys 2015 i 2016. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [BOE]*, 14 d'octubre de 2015, núm 6975.

⁷Decret 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 17 de setembre de 2015, núm. 6958.

⁸Resolució SLT/1447/2011, de 6 de juny, per la qual es convoca concurs públic per a la concessió de subvencions a entitats de caràcter no lucratiu per al finançament d'activitats de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents a l'any 2011. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 16 de juny de 2011, núm. 5901, pp. 33973-33974.

⁹Decret 105/2009, de 7 de juliol, pel qual es crea la Comissió Interdepartamental sobre Drogues. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 10 de juliol de 2009, núm. 5418, pp. 55476-55480.

- Criteris de salut pública per orientar a les associacions cannàbiques i els ajuntaments¹⁰.
- Decret 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques¹¹. Consisteix en l'actualització de la regulació de la senyalització de limitacions en la venda de begudes alcohòliques. S'ha modificat la llegenda del rètol de les màquines expenedores ja que, a més de begudes alcohòliques, també ofereixen begudes sense alcohol.
- Decret 200/2002, de 23 de juliol, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques¹². Regula la senyalització dels límits en la venda de begudes alcohòliques.
- Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència¹³. Estableix que en tots els establiments de venda i consum de begudes alcohòliques ha d'haver-hi una senyalització perfectament visible que mostri la prohibició de vendre o subministrar begudes alcohòliques als menors de divuit anys.
- Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, del 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència¹⁴. Exposa l'ampliació de la prohibició del consum i subministrament de begudes alcohòliques a determinats establiments, restringint així aquestes activitats.
- Decret 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, parcialment modificada per la Llei

¹⁰Resolució SLT/_____/2015, de 15 de gener, per la qual s'aproven criteris en matèria de salut pública per orientar les associacions cannàbiques i els seus clubs socials i les condicions de l'exercici de la seva activitat per als ajuntaments de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*

¹¹Decret 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 10 de març de 2005, núm. 4340, pp. 5962.

¹²Decret 200/2002, de 23 de juliol, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 29 de juliol de 2002, núm. 3687, pp. 13666.

¹³Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 19 de març de 2002, núm. 3598, pp. 4910.

¹⁴Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, del 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 22 de juliol de 1998, núm. 2686, pp. 9052.

10/1991, de 10 de maig¹⁵. Regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985.

- Decret 235/1991 de 28 d'octubre, de desplegament de la Llei 10/1991, de 10 de maig, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques¹⁶. Aquest decret regula les advertències, els missatges, els logotips i la senyalització existent sobre el tabac i les begudes alcohòliques.
- Llei 10/1991, de 10 de maig, de modificació de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència¹⁷. Modifica el règim sancionador i exposa noves mesures que limiten l'ús del tabac i de les begudes alcohòliques.
- Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència¹⁸. Aquesta llei estableix i regula les mesures i accions de prevenció i assistència en les situacions a què donen lloc les substàncies que poden generar dependència.

¹⁵Decret 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, parcialment modificada per la Llei 10/1991, de 10 de maig. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 20 de desembre de 1991, núm. 1532, p.6483.

¹⁶Decret 235/1991 de 28 d'octubre, de desplegament de la Llei 10/1991, de 10 de maig, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 20 de novembre de 1991, núm. 1520.

¹⁷Llei 10/1991, de 10 de maig, de modificació de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 22 de maig de 1991, núm. 1445.

¹⁸ Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 7 d'agost de 1985, núm. 572, p. 27151.

4. CONTEXT I DADES DE REFERÈNCIA

Les drogodependències, encara que actualment no tinguin l'alarma social que van tenir als anys 80, continuen sent una problemàtica estesa i amb molts afectats. Segons Bartoll (2015), a través de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), al 2014, només als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) es va registrar un total de 4.252 inicis de tractaments. La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, i el canvi en el perfil dels consumidors, fet plasmat a continuació en el marc teòric, la principal substància per la qual es va demanar tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona va ser l'alcohol (45%), seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiàcids (17%) i el cànnabis (10%).

A tall d'emmarcament, es presentarà l'actual Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD), d'on es desprenen els recursos i serveis dedicats a les persones amb problemes de drogodependències.

La XAD és una xarxa pública que proporciona atenció socio sanitària i comunitària a través de recursos i serveis dedicats al tractament i seguiment de les adiccions. Aquesta es coordina i planifica pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a través de la Subdirecció General de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i el Pla director de salut mental i adiccions (Canal Salut: Drogues, gencat.cat). Segons dades actualitzades en 2014:

Actualment, els serveis d'integració social especialitzats dirigits a drogodependències són de dues tipologies, Centres de Dia o Pisos d'Inserció, tot i que des dels CAS, i de manera més projectiva, les Comunitats Terapèutiques, també es treballa en aquesta línia de la reinserció. Comparant-los amb els serveis de tractament o de reducció de danys, es podria dir que els dedicats especialment a la inserció són bastant escassos.

Imatge 1: Recursos de la XAD.



Font: Canal Salut: Drogues, gencat.cat

Aquests serveis d'inserció es podrien interpretar com una ampliació del tractament on la persona s'acosta a la ciutat, guanya en llibertat i autonomia i segueix coneixent en aspectes teòrics del món laboral, com probablement ha fet fins al moment, ja que és molt possible que arribi al Pis d'inserció, o al Centre de Dia, després d'haver fet un tractament de deshabitació, on també es treballen aquests aspectes:

Els programes socials de reinserció de persones amb drogodependències són complementaris als processos de tractament terapèutic del Departament de Salut. Es presten en establiments especialitzats i tenen com a objectius la rehabilitació psicossocial, la inserció social, l'ensenyament de programes de tipus ocupacional, l'ensenyament prelaboral i l'adquisició d'hàbits i responsabilitats (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, gencat.cat).¹⁹

Una de les fases més importants en l'àmbit de les drogodependències, com és la inserció, ja que és quan es posa en pràctica tots els aprenentatges adquirits al llarg del procés i és el moment en què la inversió d'esforços i recursos humans i econòmics es veu recompensada, és l'àmbit en què menys tipologies de serveis existeixen.

¹⁹ Web:

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/serveis_socials_per_a_persones_amb_dependencia/index.html

RECURSOS DE LA XAD:

Per tenir una visió general del nombre de recursos pertinents a la investigació, és a dir, Pisos d'Inserció, Centre d'Atenció i Seguiment (CAS), Centres de Dia i Comunitats Terapèutiques que té la XAD, es farà un recompte i comentari general, amb dades de 2016, sobre els recursos actuals situats al Barcelonès i a Barcelona província, cosa que permetrà marcar la idea de quantitat de recursos existents. També, es comentarà la concertació de places per part de l'administració pública a les entitats socials privades pertanyents a la XAD, aspecte que permetrà conèixer les facilitats pel que fa a l'accessibilitat als recursos (Canal Salut: Drogues, gencat.cat; Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos d'Inserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya, coordinadrog.org²⁰):

Taula 1: Recompte recursos d'inserció de la XAD.

TIPUS DE RECURS	Nº. de recursos al Barcelonès.	Nº. de recursos a Barcelona província.	Total recursos de la XAD.
Centre d'Atenció i Seguiment (CAS)	16	37	55
Pisos d'Inserció	26	28	39
Centres de Dia	4	9	12

Font: elaboració pròpia.

De Comunitats Terapèutiques hi ha 4, a més d' 11 places concertades per l'ICASS a Comunitats Terapèutiques de fundacions privades. A aquests centres, de la mateixa manera que succeeix amb els Pisos d'Inserció, no es pot accedir a la ubicació. Una d'elles, es troba a Monistrol de Montserrat, i forma part d'un dels recursos d'on s'ha accedit a les mostres de la investigació.

Quant a Centres d'Atenció i Seguiment, la situació geogràfica és informació pública, com a exemple es presentarà la situació dels 16 CAS del Barcelonès:

²⁰ Web: www.coordinadrog.org/

Imatge 2: Mapa situació geogràfica dels Centres d'Atenció i Seguiment del Barcelonès.



Font: Canal Salut: Drogues, gencat.cat

5. HIPÒTESI / OBJECTIUS

A l'inici del desenvolupament de la present recerca, van sorgir diversitats d'hipòtesis i qüestions a investigar. Com a preguntes inicials de la recerca van sorgir les següents:

- Com i des d'on es treballa la inserció en persones drogodependents?
- Es cuida l'acompanyament i el vincle en el moment de coordinació i derivació entre recursos?
- Es dona de manera clara un treball en xarxa?
- S'està realitzant adequadament el procés d'acompanyament de les persones que han finalitzat un procés de desintoxicació i deshabitació, per sostenir-la i garantir la reinserció social?
- Quina perspectiva tenen les persones destinatàries dels programes o centres de reinserció sobre l'eficàcia d'aquests i sobre l'acompanyament rebut?
- Quina perspectiva tenen els professionals socials que treballen amb l'àmbit de les drogodependències sobre la reinserció social?
- Estan normalitzades les drogodependències com a una malaltia més?
- Quina opinió i perspectiva té la societat general sobre la inserció de persones drogodependents?

Finalment, per la manca d'evidències, i ja que no es trobava una afirmació o convenciment clar que funcionés d'hipòtesis, s'ha optat per substituir la hipòtesis per dos objectius generals de recerca.

5.1. OBJECTIUS DE LA RECERCA

A la present recerca s'han plantejat dos objectius principals, que han guiat tots els apartats i fases de la investigació, des del marc teòric, fins a les metodologies i anàlisi de resultats. Els objectius de la recerca són:

- Conèixer la percepció de professionals, persones usuàries i societat general sobre l'estat i eficàcia actual de les accions d'inserció social per persones drogodependents.
- Recollir millores o noves vies d'acompanyament socioeducatiu en inserció social de persones drogodependents.

L'avaluació metodològica dels objectius és presentada a seguidament, dins de la metodologia, a "Avaluació metodològica".

6. METODOLOGIA

Inicialment, tenint una primera voluntat i una idea superficial sobre el tema al què aniria dirigida la recerca, es va cercar informació general, investigacions anteriors i organismes d'on extreure la informació principal. El següent pas va ser concretar i limitar la temàtica i les línies filosòfiques que seguiria la investigació. Aquest procés de cerca d'informació i presa de decisions va possibilitar l'obtenció de les fonts documentals i ha culminat amb la definició del marc teòric de la recerca.

A més, al llarg del procés, s'han hagut de concretar i elaborar els objectius de la recerca, la metodologia i les tècniques de recollida de dades, per tal d'aconseguir informació, analitzar-la i extreure'n les conclusions pertinents. En última instància, s'ha avaluat la recerca mitjançant els objectius i indicadors plantejats:

Taula 2: Fases i temporalització de la recerca.

FASES / CAPÍTOLS	2015			2016					
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI
Concreció del tema.	X	X							
Introducció i justificació.		X	X					X	
Elements teòrics i legals: marc teòric; marc legal; context i dades de referència...		X	X			X	X	X	
Objectius.			X	X					
Metodologia i tècniques.						X	X		
Aplicació de les tècniques.								X	X
Anàlisi de continguts.									X
Anàlisi i discussió.									X
Conclusions i avaluació de la recerca.									X

Font: elaboració pròpia.

Per tal de donar resposta al desenvolupament de la recerca, a continuació es presentarà el procés metodològic, el tipus de mostreig, i les tècniques de recollida d'informació que s'han utilitzat.

6.1. DISSENY DE LA RECERCA

En el procés de tria de metodologia per a la investigació s'ha de tenir present tant el tipus de resultats com l'objecte d'estudi. D'aquesta manera, s'ha considerat que el mètode més representatiu per la recerca és el mètode descriptiu, ja que permet analitzar la realitat descrivint totes les característiques rellevants. Aquest procés d'anàlisi objectiu sobre com són i com es manifesten diversos fets i/o situacions permetrà oferir coneixement sobre la situació que es podrà, després, interpretar per extreure conclusions des d'una mirada crítica fonamentada. Ja que l'eix de la recerca és la inserció social de persones drogodependents, caldrà analitzar el component d'actualitat de la qüestió, el treball professional que s'està donant, la percepció en primera persona sobre la situació actual de la inserció i, de la mateixa manera, el component social, és a dir l'opinió de la societat sobre la malaltia i la inserció, per tal de definir possibles entrebancs o facilitats externes al procés personal i professional de la qüestió.

Seria utòpic i poc pràctic analitzar tots els professionals, tots els centres, totes les persones ateses i tota la societat, ja que no es disposen de recursos per fer-ho. Per aquest motiu, l'estudi es realitzarà a partir d'una mostra considerada representativa per la seva diversitat en relació al paper que juguen en la inserció i als diferents recursos d'intervenció als quals pertanyen.

Primerament, com a pas previ a la creació de les tècniques de recollida de dades de la recerca, i a tall d'estructurar i visualitzar la relació entre tècniques, codis d'anàlisi, context, mostra (agents), s'ha creat la següent plantilla com a eina base per l'elaboració de les tècniques:

Taula 3: Plantilla per la taula síntesi de base per les tècniques de recollida d'informació.

ÀMBIT GEOGRÀFIC / CONTEXT (Agents):			
CATEGORIES	CÒDIS	ÀMBIT POBLACIONAL (Núm. Agents) / (Referència de l'entrevista annexada)	PREGUNTES QUE ES DESPRENEN (Poden presentar lleus modificacions de forma en les entrevistes i qüestionaris concrets).

Font: Elaboració pròpia.

Posteriorment a la creació dels instruments s'ha realitzat la plantilla del full d'autorització per l'ús acadèmic de la informació extreta de les entrevistes, amb la finalitat d'obtenir el consentiment, d'aquest ús, de les persones entrevistades (Annex: 5).

Per últim, per la síntesi i presentació gràfica dels resultats recollits mitjançant els qüestionaris s'ha utilitzat el programa IBM-SPSS Statistics, i per les entrevistes, tot i que només per la realització de les transcripcions, l'ATLAS.ti.

Finalment, amb intenció de desenvolupar una bona realització i presentació del resum de la recerca, s'han seguit els passos recomanats a la publicació "*Crea el mejor abstract científico de tu vida en un santiamén.*", del blog NeoScientia (Margolles, 2014).

6.2. MOSTRA

A continuació es presentarà la mostra i el tipus de mostreig, agents destinataris de les tècniques de recollida d'informació, emprats a la present recerca:

- Mostra.
 - 11 persones drogodependents majors de 18 i menors de 65, abstinentes, en tractament o procés d'inserció, que hagin tingut experiències anteriors de recaigudes després d'haver finalitzat un tractament o procés d'inserció social.
 - 30 persones escollides a l'atzar que representaran la societat general.
 - 1 professional de salut.
 - 2 professionals en actiu de l'àmbit del tractament i inserció de persones drogodependents.

- Tipus de mostreig.

Aplicant un mostreig no probabilístic, s'ha decidit escollir la mostra en funció de les característiques de cadascun dels grups a entrevistar i a enquestar. S'han triat professionals socials, en actiu, de l'àmbit de les drogodependències, ja que es creu que són, més sensibles i estaran més informats sobre el tema que ens ocupa, la inserció de persones després de finalitzar un procés de desintoxicació i deshabitació a les drogues. També, una professional de la salut pública, ja que se cercarà la seva opinió, propera al sistema de salut públic, sobre l'estat, la normalització de la malaltia, possibles alternatives en el tractament i inserció...

Un altre grup dels participants de l'estudi han estat persones drogodependents en tractament o processos d'inserció, majors de 18 i menors de 65, per comptar amb persones en edat activa i poder així incloure a la inserció social també elements de la laboral. Que hagin tingut experiències anteriors de recaigudes després d'haver finalitzat un tractament o procés d'inserció social, entenent que aquestes persones s'adeqüen més al tema investigat i podran aportar informació més significativa per la proximitat personal del tema.

Finalment, l'últim grup participant, sí que ha estat triat a l'atzar, ja que se cercava representar la societat general. Seran persones triades indiscriminadament, de diferents localitats, sense importar l'edat, el sexe, la classe social... amb l'únic requisit de viure a Barcelona província, per tal de limitar i establir una certa proximitat territorial entre tots els components del mostreig.

6.3. CATEGORIES, CÓDIS I PREGUNTES DESENCADENANTS

A partir dels dos objectius de la recerca, s'han desenvolupat els següents dos temes principals, les categories:

1. Estat i eficàcia actual de les accions d'inserció social.
2. Noves vies d'atenció i seguiment per la inserció social.

Per cercar la informació necessària respecta els dos temes plantejats, ha estat necessària la concreció de codis interns i definitoris de cada tema, que seran la guia per elaborar els instruments de recollida d'informació i pel posterior anàlisi dels resultats:

Taula 4: Taula síntesi de base per les metodologies.

ÀMBIT GEOGRÀFIC / CONTEXT (Agents):			
Comunitat terapèutica La Coma a Monistrol de Montserrat. Grup ATRA (1 professional social i 9 persones usuàries).			
Centre de Dia SPAI al Prat del Llobregat (Grup ATRA) (1 professional social).			
CAS de Santa Eulalia (2 persones usuàries).			
Hospital de Bellvitge (1 professional de salut).			
Barcelona província (30 persones a l'atzar, població general).			
CATEGORIES	CÒDIS	ÀMBIT POBLACIONAL (Referència de la plantilla de l'entrevista).	PREGUNTES QUE ES DESPRENEN (Poden presentar lleus modificacions de forma en les entrevistes i qüestionaris concrets).
1. Estat i eficàcia actual de les accions d'inserció social	• 1. Quantitat.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Creus que els recursos existents en l'àmbit d'inserció de persones drogodependents són suficients en quantitat i tipologia? -Quins tipus de recursos d'inserció coneixes i a quins has fet derivacions?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-En relació a recursos d'inserció, t'ha costat o t'està costant trobar-ne? -Segons el que has conegut, creus que els recursos existents per la inserció social són suficients?
		30 Persones triades a l'atzar que representaran la societat general. (Annex 3).	-Coneixes algun tipus de recurs d'inserció social per drogodependents? -(Si estàs informat) Creus que són suficients?

	•2. Qualitat.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Creu que els recursos, accions i programes d'inserció existents són de qualitat?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Tracten els recursos i accions d'inserció tots els àmbits de la inserció de la persona?
		30 Persones triades a l'atzar que representaran la societat general. (Annex 3).	-Com valoraries, en general, els recursos que coneixes?
	•3. Accessibilitat	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Si coneixes algun recurs d'inserció, diries que és de qualitat, que funciona bé i té resultats positius per les persones ateses i per la societat?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Diries que hi ha més recursos d'inserció, o en els que es treballa aquesta, gratuïts o de pagament?
	•4.Treball en xarxa.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Diries que hi ha més recursos d'inserció, o en els que es treballa aquesta, gratuïts o de pagament?
11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).		-Com valoraries l'accessibilitat a aquests?	
	•4.Treball en xarxa.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-En aquest recurs, quants professionals intervenen en el tractament de cada persona?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-El treball entre la xarxa és de coordinació i traspàs d'informació entre professionals o es treballa conjuntament en la creació del PTI?

	• 5. Seguiment.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Com és o en què consisteix el seguiment del procés o del PTI?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Durant quan temps es fa seguiment? -Des d'aquí es fa seguiment posterior a l'alta?
	• 6. Professional referent.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Quin paper té el professional referent de la persona en el cas?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Creus que és útil tenir un professional referent? Per què?
	• 7. Acompanyament.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Com s'entén des d'aquí l'acompanyament? Quina importància i elements essencials té?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Es fa un acompanyament professional a l'acollida i l'adaptació al recurs? Per què? -Es fa acompanyament al finalitzar el tractament, com per exemple en el procés de canvi de recurs...?
	• 8. Recaigudes.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Com definiries que és una recaiguda? Per què diries que es produeixen?

		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-Per què diries que es produeixen la majoria de les recaigudes posteriors a finalitzar un procés de tractament?
	•9. Normalització social.	2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).	-Diries que la drogodependència està normalitzada com a malaltia comú dins del circuit de salut? És considerada com una malaltia més? -I la inserció, creus que està normalitzada i acceptada socialment? O encara hi ha estigma?
		11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).	-A quin nivell cobreixen els serveis de salut públics les necessitats de la drogodependència en comparació amb altres malalties? Per què creu que passa això? -Veu positiu i possible que la drogodependència arribi a ser tractada des del CAP? O qui i a on, amb la intenció de normalitzar-la socialment, hauria de tractar la malaltia? -Quina opinió té, quant a normalització social, de l'actual circuit i serveis adreçats al tractament i reinserció de les persones drogodependents?
	1 Professional de salut. (Annex 4).	-Quan una persona inicia un tractament a causa de la seva drogodependència i demana la baixa laboral, ha de comunicar els motius de la baixa a l'empresa? Que s'hauria de prioritzar la confidencialitat o la normalització de la malaltia?	

		<p>30 Persones triades a l'atzar que representaran la societat general. (Annex 3).</p>	<p>-Consideraria vostè la drogodependència una malaltia crònica com qualsevol altre? -Que li sembla que les persones drogodependents tinguin assistència sanitària pública? -Creu que les persones drogodependents, de la mateixa manera que ho eren als anys 80, continuen sent un col·lectiu marginal? -Veu possible i real la inserció social i laboral de persones drogodependents? Si té o tingués una empresa, contractaria vostè a una persona que, s'adapta al perfil, però acaba de finalitzar un tractament per drogodependència?</p>
<p>2. Noves vies d'atenció i seguiment per la inserció social.</p>	<p>• 10. Obstacles.</p>	<p>2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).</p> <p>11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).</p> <p>30 Persones triades a l'atzar que representaran la societat general. (Annex 3).</p>	<p>-Quins obstacles es presenten en la inserció social laboral de persones drogodependents?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • 11. Necessitats. 	<p>2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).</p>	<p>- Creus que amb els recursos existents es cobreix la necessitat actual en inserció social? O diries que falta algun tipus de recurs?</p> <p>- Destacaries alguna necessitat o mancança en la inserció social? Com podria ser la necessitat d'anar un esglaó més amb un servei, per exemple, de seguiment i acompanyament, a llarg termini, especialitzat en la inserció, que estigués inclòs en una xarxa més normalitzada socialment?</p>
		<p>11 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2).</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • 12. Propostes d'innovació. 	<p>2 Professionals socials en actiu dins de l'àmbit de les drogodependències. (Annex 1).</p>	<p>- Creu que seria d'utilitat el seguiment de salut d'aquestes persones des de la sanitat pública, considerant-se així una malaltia crònica més? I que la part social es tractés, per exemple, de la mateixa manera que, a través d'una base de dades, a les dones al voltant dels 50 anys (...) podria haver-hi un servei que els oferís un lloc de contacte amb el circuit de tractament de la malaltia, on poder assistir, si volen, a teràpia psicològica, a grups d'ajuda mútua, a un Itinerari Personalitzat d'Inserció (...)?</p> <p>- Finalment, creu que un servei d'aquestes característiques, que fos únicament de seguiment, assessorament, suport a la inserció social i en un moment donat com a punt de socors, que fos més voluntari, eventual i menys sanitari que un CAS (Centre d'Atenció i</p>

		30 Persones drogodependents en processos de tractament i inserció social. (Annex 2)	<p>Seguiment):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seria d'utilitat pels destinataris del nou servei?? • Podria ser més acceptat per les persones drogodependents? • Seria una manera de normalitzar i integrar socialment i sanitàriament a aquestes persones? • Milloraria l'eficiència i l'impacta del tractament que han rebut aquestes persones? I la seva qualitat de vida? • Quines altres avantatges o inconvenients podria haver-hi?
		1 Professional de salut. (Annex 4)	<p>-Coneix alguna experiència d'un tipus de servei semblant al que plantejo? Quins són els resultats obtinguts?</p> <p>-Proposaries alguna innovació en recursos, accions o programes respecte a normalització de la malaltia i inserció social i laboral?</p>

Font: elaboració pròpia.

6.4. TÈCNIQUES DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

Les tècniques de recollida d'informació de la investigació han estat l'enquesta i l'entrevista. Seguidament s'exposaran les particularitats concretes d'aquestes.

6.4.1. QÜESTIONARI

El qüestionari és l'instrument bàsic de l'enquesta, que permet obtenir dades d'interès sociològic mitjançant la interrogació als membres de la societat. Els principals objectius generals d'aquesta tècnica són conèixer dades dels participants en una investigació, arribar al màxim nombre de persones i apropar-se a l'opinió social per poder recollir més informació (Murillo, 2006). En aquest cas, a més de la també investigada percepció de la societat general, se cerca acostar-se a la percepció i al posicionament, en primera persona, de les persones drogodependents usuàries de recursos d'inserció, programes o accions d'inserció.

S'han utilitzat dos qüestionaris (Annex 2; Annex 3), en els que s'ha fet ús de preguntes tancades, ja que es pretén identificar si conceben els elements concrets que es proposen com a problemàtiques socials o com estratègies i recursos eficaços, útils, suficients... conèixer la percepció d'aquests col·lectius sobre diversos conceptes i problemàtiques, d'una manera concreta i sense matisos. A més, en tots dos qüestionaris s'han afegit preguntes obertes, per poder treballar a partir de dades argumentades.

El qüestionari a persones triades a l'atzar (societat general) (Annex 3) s'ha realitzat a:

- 30 persones residents a Barcelona província (Diferents localitats) (Annex 13)

El qüestionari a persones usuàries dels serveis de tractament i inserció social per drogodependències (Annex 2) s'ha realitzat a un total d'11 persones (Annex 12):

- 9 persones usuàries de la Comunitat Terapèutica "La Coma": grup format per les persones més avançades en el tractament, ja que en l'última fase ja treballen la inserció, i persones amb processos posteriors de finalització de tractament o inserció.
- 2 persones del Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) Benito Menni (L'Hospitalet del Llobregat, Santa Eulàlia).

6.4.2. ENTREVISTA

Amb aquesta tècnica es pretén extreure informació, arguments elaborats sobre l'estat de la inserció actualment, tot el que aquesta comporta i, obtenir també propostes de millora, tenint en compte que les faran des de l'experiència i saber professional.

S'han utilitzat dos models d'entrevista, una pel professional de salut (Annex: 4) i una altra pels professionals de l'àmbit social (Annex: 1), atenent als diferents codis analitzats.

L'entrevista a professionals socials de l'àmbit de les drogodependències (Annex 1) s'ha fet a 2 professionals:

- Educadora social de la Comunitat Terapèutica “La Coma” (Grup ATRA) (Annex 7).
- Educadora social del Centre de Dia SPAI del Prat de Llobregat (Grup ATRA) (Annex 9).

L'entrevista a un professional de salut (Annex 4) s'ha fet a:

- Infermera de l'Hospital de Bellvitge (Annex 11).

Totes dues tècniques, tant els qüestionaris com les entrevistes, han estat elaborats partint de les variables (codis) que s'han volgut analitzar i contrastar, havent extret aquestes prèviament del marc teòric. És a dir, han estat creades a partir de l'elaboració completa de la “Plantilla per la taula síntesi de base per les metodologies” (Taula 2), que ha donat lloc a la “Taula síntesi de base per les metodologies” (Taula 3), presentada anteriorment.

6.5. PROCEDIMENT

Un cop elaborats els instruments de recollida d'informació (Annex 1; 2; 3; 4), a partir del 20 de maig es va començar el procés d'aplicació d'aquest, trucant i contactant amb els recursos coneguts, on s'han realitzat les pràctiques professionals d'aquest curs i el passat.

Seguidament, el primer pas va estat la realització, la setmana del 23 al 29 de maig, dels qüestionaris a societat general, ja que és el col·lectiu de més fàcil accés.

Més tard, el 27 de maig, es va rebre resposta del contacte fet amb la Comunitat Terapèutica La Coma. Les educadores, després de consultar-ho amb el director i amb les persones usuàries, van donar permís per anar el 5 de juny a realitzar els qüestionaris a aquestes. Per

motius de practicitat i per preferència de l'educadora que va respondre a una de les entrevistes, aquesta la va fer arribar per correu electrònic.

Seguidament, el 30 de maig es van realitzar els qüestionaris a les dues persones del CAS, ja que al ser familiars, també van ser accessibles.

Més tard, es va contactar a través d'e-mails i trucades telefòniques amb diversitat de recursos i equipament per tal d'aconseguir la resta de mostra, tots ells desbordats i amb alta protecció de la privacitat de les persones usuàries, per tant no van participar ni facilitar la recerca.

Finalment, el Centre de Dia SPAI va atendre la demanda amb la realització de la segona entrevista al professional social, el 10 de juny, després de més d'una setmana des de la data de contacte i posteriorment a la concertació de cita prèvia i permís de la directora d'aquest.

En última instància, després d'haver contactat, sense èxit, amb diversos recursos i personal sanitari, es va anar a l'Hospital de Bellvitge, en el que una infermera va accedir a dedicar una mica de temps i fer l'entrevista en el seu torn de nit del 8 de juny.

En paral·lel a tot aquest procés, s'ha anat fent el buidatge de dades dels qüestionaris i les transcripcions de les entrevistes.

6.6. AVALUACIÓ METODOLÒGICA

Finalment, a través dels objectius i indicadors plantejats per la investigació, es desenvoluparà l'avaluació de la mateixa:

El primer objectiu de la investigació ha estat **“conèixer la percepció de professionals, persones usuàries i societat general sobre l'estat i l'eficàcia actual de les accions d'inserció social per persones drogodependents”** respecte a aquest, s'han de valorar els següents indicadors:

- Haver realitzat 3 entrevistes a professionals, de l'àmbit social, de diferents recursos que treballin la inserció social.

Només ha estat possible realitzar dues entrevistes a professionals socials de l'àmbit, malgrat l'esforç per arribar a un tercer professional.

- Haver realitzat 1 entrevista a un professional de la salut sobre la normalització de les drogodependències (factor influent en la inserció):

L'entrevista s'ha realitzat de manera satisfactòria, i a més d'extreure informació sobre l'estat de normalització de la malaltia, també s'ha extret sobre millores i innovacions en accions dirigides a la normalització social de la malaltia i la inserció.

- Haver realitzat 20 qüestionaris a persones usuàries de diversos serveis que estiguin o hagin estat en programes o grups enfocats a la inserció:

Per normatives dels recursos, per privacitat de les persones ateses i per les característiques que havia de complir la mostra, només ha estat possible enquestar a 2 persones del CAS de l'Hospitalet i a 9 de la Comunitat Terapèutica La Coma, tot i els esforços per arribar a la totalitat proposada per l'objectiu.

- Haver realitzat 30 qüestionaris a persones de diferents edats i barris, escollides a l'atzar, que representaran la societat general:

Aquest indicador s'ha assolit satisfactòriament, han estat realitzats els 30 qüestionaris a persones escollides a l'atzar, de diferents edats, barris i pobles de Barcelona.

- Finalitzar amb unes conclusions sobre l'estat i eficàcia dels recursos, accions i programes d'inserció social formades per les 3 diferents perspectives analitzades:

Finalment, s'ha conclòs la investigació amb conclusions pertinents a l'estat i eficàcia actual dels recursos, programes i accions d'inserció social a través de les diferents perspectives.

Respecte al segon objectiu de la investigació, ha estat **“recollir millores o noves vies d'acompanyament socioeducatiu en inserció social de persones drogodependents”**.

Per arribar a aquest objectiu s'han d'haver complert els següents indicadors:

- Haver concretat possibles maneres d'abordar els obstacles actuals per la inserció social.

Finalment, amb l'anàlisi de resultats, comparant la teoria i les tres perspectives obtingudes de les tècniques d'investigació, s'han pogut recopilar opinions i concretar, a les conclusions, una aproximació a les millores i les visions que es creuen oportunes per superar els obstacles actuals per la inserció.

- Haver marcat línies generals a seguir per futures polítiques públiques o nous serveis d'atenció i seguiment en la inserció social.

Per últim, a través de les propostes de les persones que han format part de la mostra de la investigació, del contrast d'una idea de servei que es tenia a l'inici de la investigació, i de les

conclusions extretes de l'anàlisi de resultats, s'han pogut definir 4 accions a desenvolupar per futures polítiques públiques o serveis.

7. ANÀLISI DE CONTINGUTS

En aquesta fase de la recerca es presentaran els continguts teòrics i pràctics recopilats fins al moment. Aquests continguts seran l'objecte d'anàlisi per les conclusions finals.

7.1. LLISTAT DE CÒDIS

A continuació es definirà la concepció plantejada per la present recerca dels codis establerts, amb la intenció de ser utilitzats per la posterior comparativa i anàlisi dels resultats obtinguts de les tècniques aplicades. Aquesta concepció s'ha construït a través de la investigació teòrica, arguments d'autors i organismes referenciats al llarg del marc teòric i legal.

1. Quantitat de recursos:

La quantitat de recursos, des de la teoria s'entén pel nombre de centres existents, i en relació a això, la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya presenta el número de Pisos d'Inserció, de Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), de Comunitats Terapèutiques i de Centres de Dia (Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos d'Inserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya, coordinadrog.org):

- Centres d'Atenció i Seguiment: 55 dels quals 37 són a Barcelona província i, d'aquests, 16 són al barcelonès.
- Pisos d'Inserció: 39 dels quals 28 són a Barcelona província i, d'aquests, 26 al Barcelonès.
- Comunitats Terapèutiques:4, a més d' 11 places concertades per l'ICASS a Comunitats Terapèutiques de fundacions privades.
- Centres de Dia: 12, dels quals 9 són a Barcelona província i, d'aquests, 4 al Barcelonès.

No es pot afirmar si són molts o pocs, ja que la informació teòrica obtinguda és quantitativa i no valorativa.

2. Qualitat dels recursos:

S'entendrà que un recurs és de qualitat *“quan el conjunt de característiques que posseeix fan que sigui satisfactori per als seus usuaris.”* (Ras, 2003, p. 24).

3. Accessibilitat dels recursos:

L'accessibilitat dels recursos és sovint utilitzada per fer referència al fet de no restringir l'entrada a causa de la capacitat adquisitiva de la persona, des de la teoria es defineix l'accessibilitat com a característica que permet que els serveis siguin utilitzats sense problemes per tothom, amb la finalitat d'aconseguir de manera plena els objectius pels què estan dissenyats, independentment de les seves dimensions, capacitats, gènere, edat o cultura (Aragall, 2010, p.25).

Així, la concertació de places per part de l'administració pública és considerada una facilitat per l'accessibilitat als recursos.

4. Treball en xarxa:

El treball en xarxa és considerat com a tal si es desenvolupa des del model sistèmic:

“La realidad sistémica y compleja de las problemáticas sociales requiere que los distintos focos de saber o agentes socioeducativos que confluyen en el territorio trabajen de forma complementaria y interactiva en forma de redes para crear respuestas realmente efectivas y sólidas. La conciencia sobre qué agentes pueden llegar a configurar la red, la voluntad de incorporar el máximo de agentes posibles (profesionales o no profesionales), el conocimiento de su potencial y de las particularidades que cada uno de ellos aporta, son elementos que definen la complejidad y riqueza de la red.”(Vilar, 2008, p. 269).

És necessari un canvi d'actitud per part dels professionals respecte de la seva cultura professional i de la manera en què defineixen el seu rol d'agents de canvi social, per tal d'arribar al que realment significa el treball en xarxa. La xarxa socioeducativa i el treball en xarxa té sentit pel que fa a creació de coneixement i funcionament conjunt (Vilar, 2008; Díaz et al., 2013).

5. Seguiment:

El seguiment es concep com un element necessari en els processos de tractament i inserció social (i laboral) de les persones drogodependents. Consisteix en guiar i supervisar el procés, els avenços, retrocessos i canvis que van sorgint (Raya i Funes, 2001).

El període que ha de durar aquest seguiment no és fix, un pla de treball, ha de tenir un final, uns objectius complerts, i el seguiment pot allargar-se durant anys, però arriba un moment que la persona ha de continuar sola o amb altres persones que no siguin de caràcter institucional, aquest seria un dels límits. Aquest seguiment serà desenvolupat pel professional referent (Alonso i Funes, 2009).

6. Professional referent:

El professional referent es considera segons Alonso i Funes (2009), és a dir, com el professional que farà el seguiment i l'acompanyament més individualitzat i proper de la persona en procés de rehabilitació. Té un paper rellevant per cada una de les persones que tutoritza i és recomanable que sigui la persona que realitzi l'acollida, que cerqui un apropament i una connexió per aconseguir l'adherència inicial. Això amb la finalitat que les persones trobin una referència d'ajuda i suport. El professional de referència ha de ser capaç de donar una primera informació, orientació i resposta a les necessitats bàsiques de la persona i serà el que ha de coordinar i dinamitzar les intervencions de la resta de professionals, sempre en diàleg amb la persona atesa. Ha de possibilitar l'aparició de diversitat de professionals, recursos, ambients... perquè, tot i ser el professional referent, no ha de convertir-se en referent únic de la persona atesa. D'aquesta manera es facilita la final autonomia de la persona.

7. Acompanyament:

Es concep l'acompanyament professional com a "bon acompanyament professional". Per què es doni un bon acompanyament professional s'han de posar un marxa molts processos i accions per tal de crear el clima i la confiança necessària per què el procés de capacitació, adquisició d'hàbits, autoconeixement... i definitivament d'inserció social sigui real (Raya i Funes, 2001).

Per dur a terme l'acompanyament el professional ha de sortir de la perspectiva i la mirada social, no jutjar i arribar a ajudar i comprendre de manera propera a la persona (Valverde, 1996). Al parlar d'acompanyament s'inclou (Raya i Funes, 2001):

- L'acompanyament com a metodologia multidisciplinària i transversal a tots els àmbits de la persona.
- L'acompanyament com a període, com a seqüència d'accions dedicades a crear una bona relació d'ajuda per tal d'iniciar i seguir un camí cap a la superació.

- L'acompanyament com a procés de creixement i creació, d'aprofitament i transformació d'experiències, d'aprofundiment en un mateix i de formador de coneixement.
- L'acompanyament es troba delimitat per la necessitat de donar resposta als problemes plantejats per la persona i per la capacitat per què utilitzin els recursos que l'entorn ofereix.
- L'acompanyament ha d'incloure el treball conjunt, l'espai on la persona pugui conèixer i compartir experiències similars a la seva.
- En l'acompanyament el professional no ha de convertir-se en l'eix i referent únic del procés i de la persona.
- Un procés de canvi necessita d'un acompanyament atent i reforçador d'actituds.

8. Recaigudes:

Una "recaiguda" és, segons l'OMS (1994), l'acció de tornar a beure o consumir droga després d'un període d'abstinència, acompanyada sovint de la reinstauració dels símptomes de dependència. Alguns autors diferencien entre recaiguda i caiguda (en el sentit de "entrebanc"). Aquesta última denota una ocasió aïllada de consum.

9. Normalització social:

Amb normalització social es fa referència al grau de normalitat i inclusió que presenten les drogodependències en la societat general. La societat on s'hauran d'inserir les persones que han patit problemes de drogodependència pot ser una societat inclusiva o exclusiva. Segons la Resolució del 2 de febrer de 2009, a través de l'anàlisi i la revisió de les polítiques de drogues a Espanya s'ha observat un canvi en la percepció social del consum de drogues i de les drogodependències, ja que anys enrere la societat era molt més repressora i castigadora, i els col·lectius amb problemàtiques relacionades amb el consum eren més marginals.

La teoria afirma, la concepció de les addiccions com una malaltia més, incloent el reconeixement del dret que tenen els afectats a la corresponent atenció sanitària i social. Es reconeix que aquesta atenció sanitària i social ha d'estar adaptada a les noves necessitats i ha de garantir, atendre, facilitar, coordinar i incrementar aquesta atenció, des de la base que qualsevol programa està en funció de les necessitats de l'individu. La individualització del tractament, l'atenció normalitzada des dels diferents recursos sanitaris de la xarxa d'assistència pública, la coordinació dels recursos implicats i la possibilitat de presentar una cartera de programes diversificats i flexibles, adaptats a la realitat de la persona usuària a

l'hora d'establir en pla terapèutic d'aquesta, són principis bàsics que ha de contemplar l'atenció sanitària oferta a les persones que pateixen drogodependència (Resolució del 2 de febrer de 2009).

10. Obstacles:

Al llarg de la investigació teòrica s'han trobat molts aspectes considerats obstacles, impediments o entrebancs, per la inserció social:

La professionalitat restringida o mecanicista és considerada un obstacle, ja que es basa en la concepció de la tasca educativa de forma limitada a l'acció i les indicacions per les quals un professional ha estat format. La resolució de problemes individualitzats resolen la situació general (Vilar et al.,2014).

L'actual crisi econòmica ha estat un obstacle per molts equips que treballaven o anaven en direcció d'un model sistèmic ben planificat i elaborat, han hagut de tornar enrere a causa de la falta de recursos i de personal. Una atenció personalitzada i un acompanyament psicosocial de qualitat necessita de professionals amb temps per treballar de manera adequada, no amb presses i sobresaturacions. I un model que pugui créixer i estendre's necessita de professionals alliberats i invertint hores en reflexió i investigació, cosa que ara per ara no està valorat a un nivell que gaudeixi d'impacte a la professió (Vilar et al, 2014).

L'estigmatització social, com a conseqüència, l'assimilació del rol per la persona malalta. Si es vol formar part de la societat normativa és, segurament, perquè alguna recompensa i benestar s'extreu de tot això, però no és fàcil arribar a descobrir quina. Construir el vincle entre la persona drogodependent i el grup normatiu que l'envolta no és fàcil, ja que aquest mateix grup l'ha estigmatitzat i marginat. La societat ha marginat i ha qualificat d' "anormal" els col·lectius dels que es vol allunyar i protegir, cosa que amb el temps provoca que la pròpia persona s'identifiqui amb aquest rol desviat i s'afavoreixin les conductes delictives i els consums (Valverde, 2002; López i Pérez, 2005).

La inserció laboral, que és un element clau en la inserció i socialització de la persona en l'entorn, és presentada com a obstacle, ja que l'entrada al món laboral no serà fàcil i això repercuteix negativament. Per la saturació de demanda i escassetat d'oferta, encara serà més difícil per persones drogodependents, encara que rehabilitades, entrin al món laboral. Un altre obstacle relacionat, és la inseguretad i el desconeixement a l'hora d'ocupar la gran quantitat de temps lliure que tenen al no tenir feina (Valverde, 2002).

11. Necessitats detectades:

La necessitat que s'avalua és de serveis o prestacions (Casado, D., 2009). La manca de serveis dedicats a intervenir sobre una problemàtica seria una necessitat detectada.

12. Propostes d'innovació:

Les propostes d'innovació es concebran segons Imbernón (1996), és a dir, com a *“prouestas y aportaciones, efectuadas de manera colectiva, para la solución de situaciones problemáticas de la práctica, lo que comportará un cambio en los contextos y en la práctica institucional de la educación.”* (p. 64).

7.2. RESULTATS

A continuació es presentaran les dades obtingudes en l'estudi. Primerament, els resultats obtinguts dels qüestionaris a persones escollides a l'atzar (societat general) (Annex: 13), seguidament els obtinguts dels qüestionaris dirigits a persones usuàries (Annex: 12), a continuació, els obtinguts de les entrevistes a professionals socials (Annex: 7 i 9) i, finalment, els de l'entrevista al professional de salut (Annex: 11).

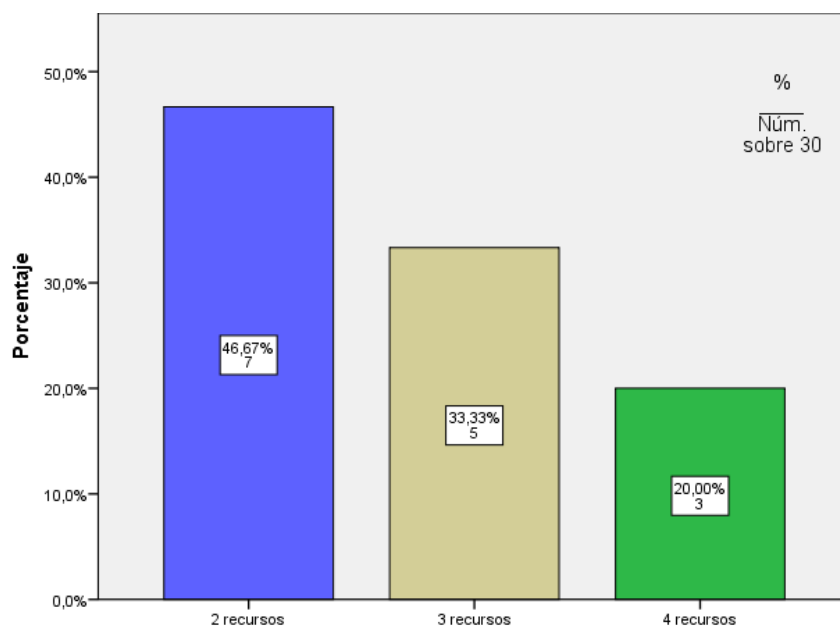
7.2.1. RESULTATS DELS QÜESTIONARIS A POBLACIÓ GENERAL

Els resultats obtinguts dels qüestionaris a persones escollides a l'atzar (Annex: 13), seran presentats a continuació, classificats segons el codi d'anàlisi corresponent.

Codi 1. Quantitat

El 50% dels entrevistats coneixen algun recurs d'inserció social. D'aquests, un 46,67% coneix 2 recursos, un 33,33% coneix 3 recursos i un 20,00% coneix 4 recursos:

Gràfic 1. Persones que afirmen conèixer recursos d'inserció social de l'àmbit de les drogodependències, i quants coneixen (població general).

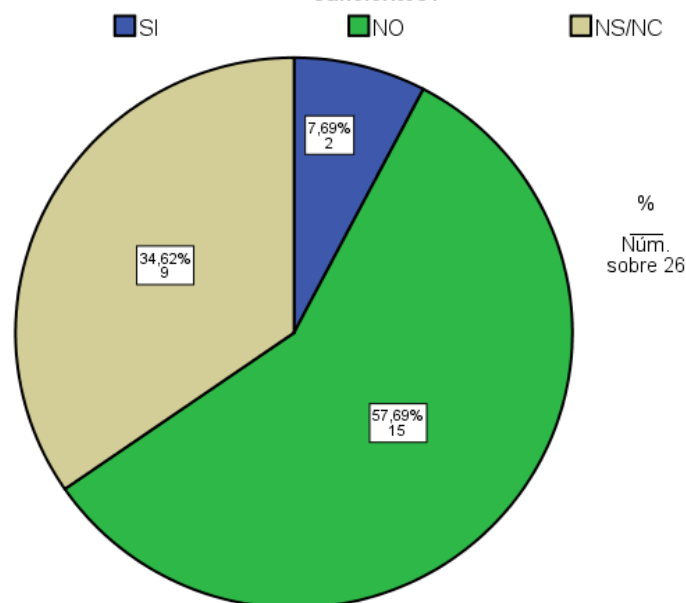


Preg.1.+ Preg.1.1. Si conoce algun recurso de inserció social para personas drogodeendientes, ¿Cuantos conoce?

El 65,38% diuen estar informats i, d'aquestes, el 57'69%, creu que els recursos existents no són suficients, i un 7'69%, que sí que ho són. El 34,6% restant tot i suposar que sí que estan informats, no han sabut decantar-se:

Gràfic 2: Creu que els recursos existents són suficients? (Població general).

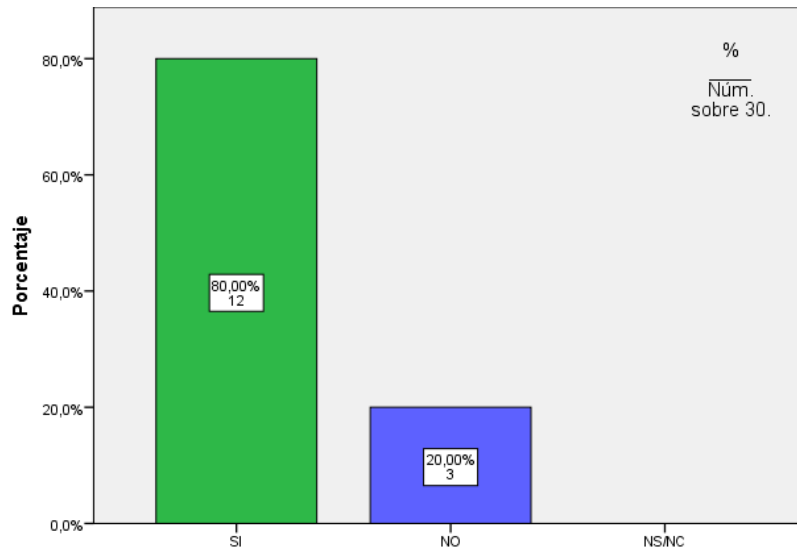
Preg2. (Si esta informado) ¿Cree que los recursos existentes son suficientes?



Codi 2. Qualitat

De les persones enquestades que coneixen algun recurs d'inserció social per persones drogodependents, el 80% els valora com a recursos de qualitat, i un 20% afirma que no són de qualitat:

Gràfic 3: Valoració de la qualitat dels recursos per part de les persones que coneixen algun (Població general).



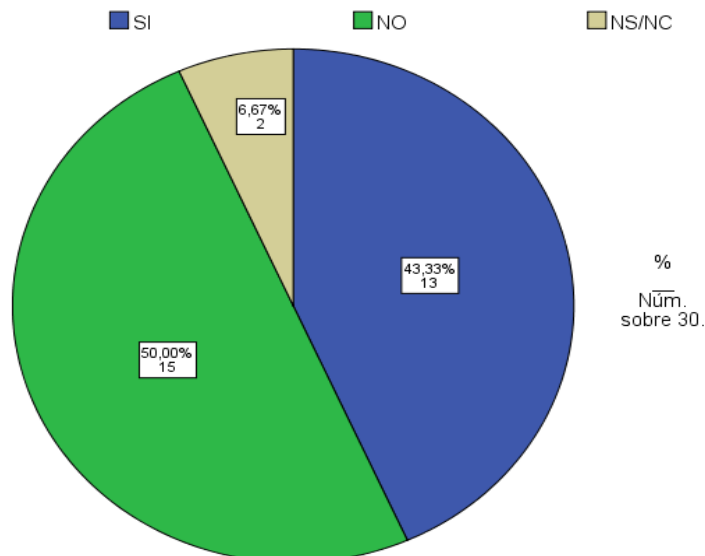
Preg1.2. En caso de conocer algun recurso de inserción social para personas drogodependientes ¿Diría que estos, en general, son de calidad, funcionan bien y tienen resultados positivos para las personas atendidas y para la sociedad?

Codi 9. Normalització social.

Quant a normalització de la malaltia, el 50% dels enquestats no consideren la drogodependència com una malaltia crònica com qualsevol altre, mentre que un 43,33% si, i un 6,67% no ha opinat.

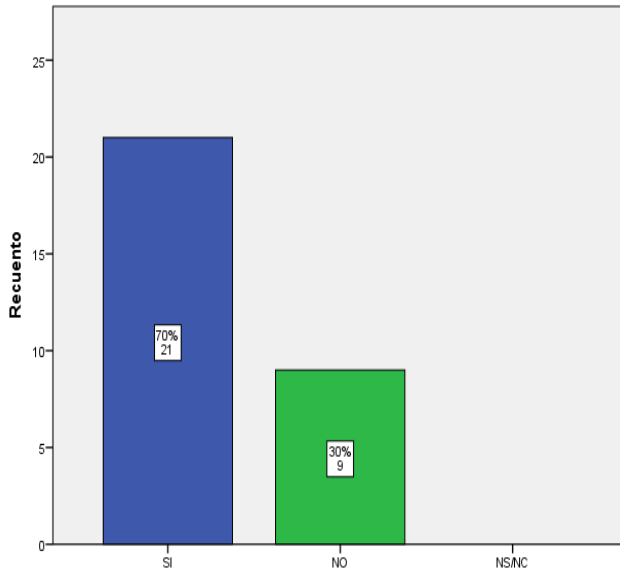
Gràfic 4: Considera la drogodependència una malaltia crònica?

Preg3. ¿Considera usted la drogodependencia una enfermedad crónica?



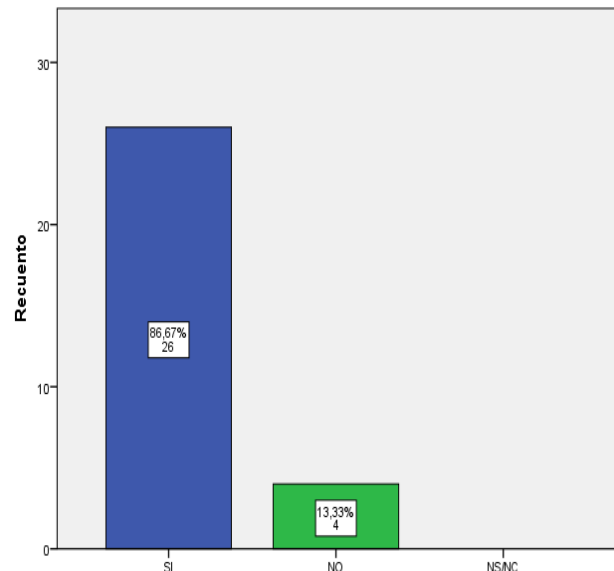
Un 70% de les persones enquestades pensen que les persones drogodependents continuen sent un col·lectiu marginal, un 30% creu que no ho són. Alhora un 86'67% creuen possible i real la inserció social i laboral de persones drogodependents, a diferència del 13,33% que creuen que no ho és:

Gràfic 5: Creu que les persones drogodependents continuen sent un col·lectiu marginal? (Població general).



Preg5. ¿Cree que las personas drogodependientes, de la misma manera que lo eran en los años 80, continúan siendo un colectivo marginal?

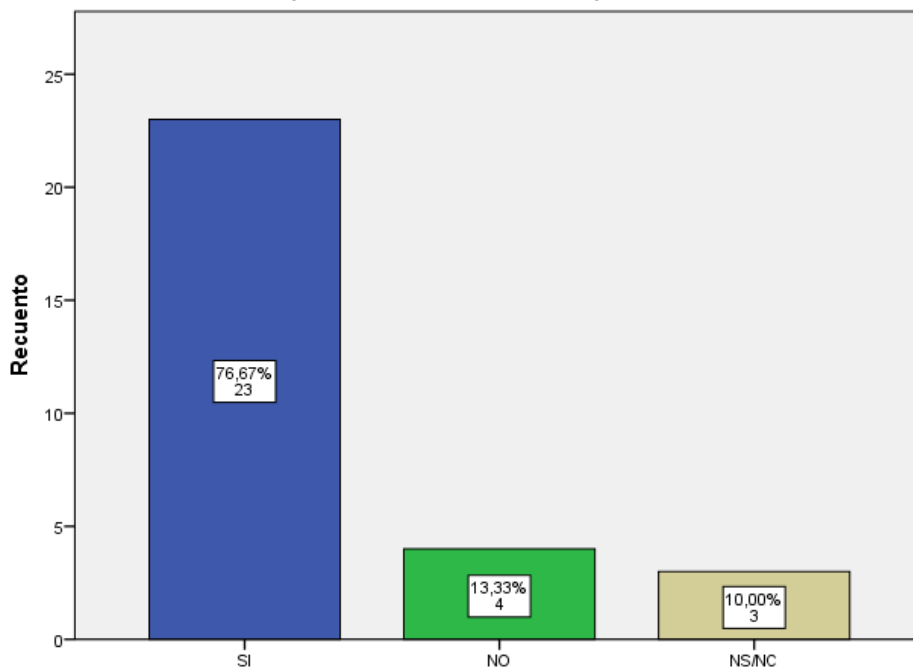
Gràfic 6: Veu possible i real la inserció social i laboral de persones drogodependents? (Població general).



Preg6. ¿Ve posible y real la inserción social y laboral de personas drogodependientes?

El 76'67% afirma que sí que contractarien a una persona que acaba de finalitzar un tractament per drogodependències, un 13'33% diuen que no, i un 10% no saben el que farien:

Gràfic 7: Contractaria a una persona que s'adapta al perfil, però acaba de finalitzar un tractament per drogodependències? (Població general).



Preg7. ¿Contrataría usted a una persona que, se adapta al perfil, pero acaba de finalizar un tratamiento por drogodependencias?

Taula 5: Resultats dels qüestionaris a població general.

CODIS	RESULTATS EXTRETS (Annex 13)
<p>Codi 9: Normalització social.</p>	<p><i>“4.- ¿Qué le parece que las personas drogodependientes tengan asistencia sanitaria pública?”:</i></p> <p><i>“Si, imprescindible”(Q4), “Si” (Q5), “Correcto” (Q29), “Perfecto” (Q8; Q19), “Bien” (Q2; Q3; Q17; Q25), “Me parece bien” (Q6; Q10; Q20; Q22), “Si, me parece bien, lo necesitan” (Q9), “Bien, ya que si no muchas menos personas se tratarían” (Q15), “Me parece que tendría que estar incluido el problema en la sanidad pública, me parece bien” (Q16), “Pues, muy bien” (Q24), “Muy bien” (Q26).</i></p> <p><i>“Bien, toda persona con problemas de salud debe tener asistencia sanitaria, sea cual sea su procedencia” (Q11), “Me parece que necesitan la asistencia sanitaria tanto como cualquier otra persona con alguna enfermedad” (Q23), “Tienen el mismo derecho que cualquier otra persona normal” (Q30), “Toda persona debería tener asistencia sanitaria pública y de calidad, sin importar su clase, raza, religión, o estatus social” (Q18), “Es un derecho obligatorio de cualquier ciudadano” (Q1).</i></p> <p><i>“Debe ser así, son personas con una enfermedad” (Q13), “De acuerdo, siempre que los ayuden” (Q12).</i></p> <p><i>“Por una parte estaría de acuerdo porque suelen quedar arruinados por ello. Por otra parte es injusto que caer en una adicción como esa sea responsabilidad del resto de ciudadanos... a pesar de la dudas... a favor” (Q28).</i></p> <p><i>“Injusto, se debería de considerar cada caso” (Q7).</i></p> <p><i>“Mal” (Q21) / “Muy mal” (Q27) / “Muy mal, tendrían que tener su propia sanidad” (Q14).</i></p>

Codi 10:

Obstacles

“8.-Qué obstáculos e impedimentos cree que surgen o pueden surgir actualmente en la inserción social y laboral de personas drogodependientes? (enumere 3)” :

“Los prejuicios” (Q1; Q5; Q7; Q16; Q22.), “Prejuicios de los que contratan” (Q23), “Prejuicios de confianza, como miedo al hurto o robo” (Q18), “Actitud del resto” (Q25).

“La confianza” (Q1; Q11), “Desconfianza” (Q3; Q5; Q6; Q14; Q17), “La desconfianza que hay en la sociedad, si la imagen de las personas no son como estipula la sociedad” (Q20), “No segura confianza” (Q21), “La no confianza” (Q29), La poca confianza que se tiene en ellos” (Q30), “Que la familia sigue sin fiarse de ti” (Q10).

“El miedo de la sociedad” (Q2)/ “Miedo social” (Q29) / “Miedo” (Q3; Q22) / “Miedos” (Q7) / Miedo a que te roben para volver a drogarse” (Q20) / “Se les evita por miedo a que te puedan hacer algo” (Q30) / “Que la gente se cree que puedes pegarles alguna enfermedad” (Q10), “Inseguridad” (Q6).

“El rechazo” (Q2; Q11; Q22), “Rechazo social” (Q8), “La sociedad los discrimina” (Q9), “Rechazo del entorno” (Q13), “Exclusión social” (Q13; Q26), “Rechazo de los demás por falta de información” (Q19), “No están bien vistos” (Q14).

“Desconocimiento” (Q3; Q5; Q6), “Falta de información” (Q16).

“Falta de empatía” (Q7).

“El mundo laboral, la competencia” (Q2), “Competencia en la búsqueda de empleo, muchos candidatos que pueden tener las mismas aptitudes pero no ser drogodependientes” (Q15).

“La crisis la sufrimos todos” (Q20), “Actualmente hay poco empleo” (Q8).

“Denegación ayudas sociales” (Q13).

“A la hora buscar trabajo nadie te contrata” (Q10), “Exclusión laboral” (Q26), “Recibir la primera oportunidad es la cuestión más complicada. Una vez la reciben, si trabajan bien... no veo que pueda haber problemas.” (Q28).

“Bulling” (Q24), “Por desgracia no se les trata bien para que puedan integrarse otra vez a la sociedad y poder ser personas” (Q30).

“Relaciones con los demás, dificultades por ambas partes” (Q19).

“No poder contar con la familia” (Q9).

“Falta de autoestima” (Q8), “Inseguridad de la persona drogodependiente” (Q19), “Poca autoestima y confianza en la persona afectada” (Q23).

“Que vuelvan a recaer” (Q9), “Miedo recaídas” (Q11), “Miedo a que puedan empeorar” (Q15), “Posibilidad de recaer” (Q23), “Recaídas” (Q29).

“La inestabilidad o la sensación de inestabilidad que puede dar una persona drogodependiente” (Q15), “Cambios de carácter drásticamente” (Q12), “Se alteran” (Q12), “Inestables” (Q17), “Miedo a la pérdida de control” (Q18).

“Adaptación a las normas” (Q4), “Falta de adaptación” (Q14), “Adaptación” (Q26).

“Capacidad laboral” (Q4), “El rendimiento laboral” (Q1), “Experiencia” (Q24), “Conocimientos” (Q24).

“En caso de que no tengan un control y no tengan recursos pueden aprovechar oportunidades en busca de comprar drogas” (Q12).

“Haber empezado” (Q27).

Font: elaboració pròpia.

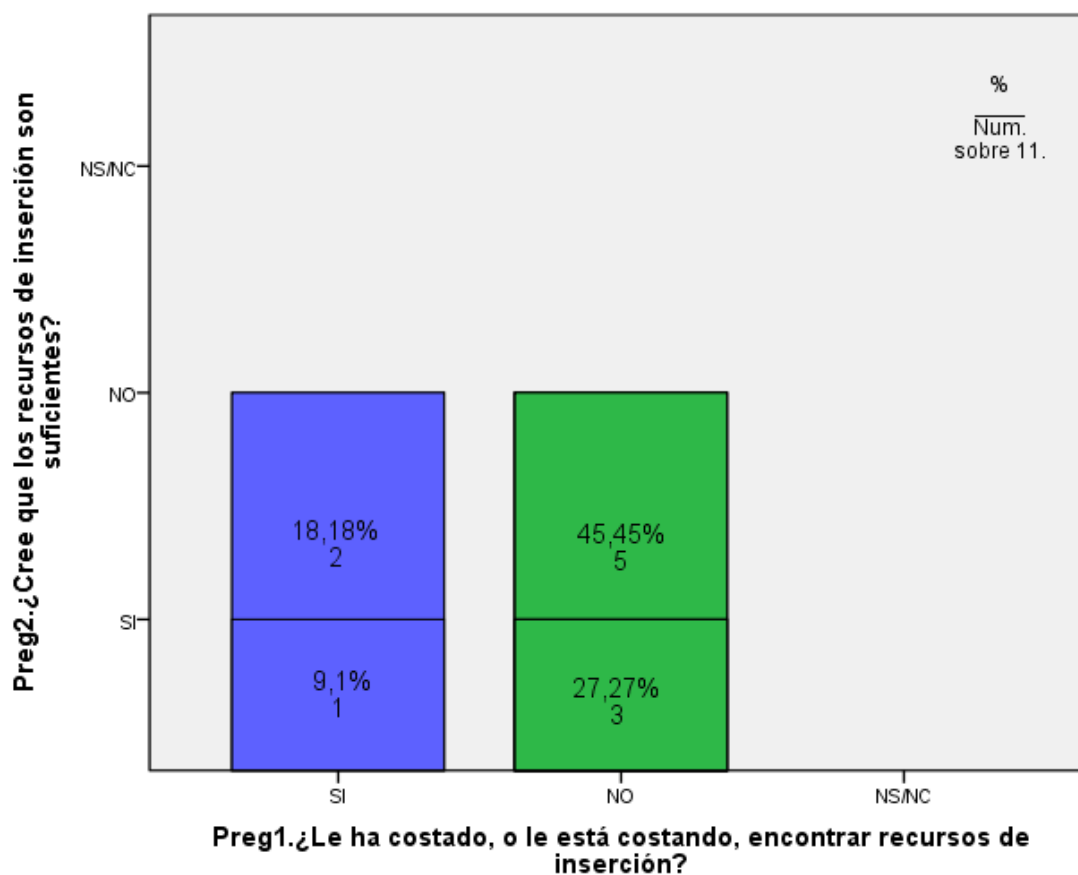
7.2.2. RESULTATS DELS QÜESTIONARIS A PERSONES USUÀRIES

Els resultats dels qüestionaris a persones usuàries dels serveis de tractament i inserció social per drogodependències, de la mateixa manera que els anteriors, seran presentats a través dels codis d'anàlisi als que pertanyen, i es poden trobar a l'annex 12.

Codi 1. Quantitat.

A un 45,45% dels enquestats no els hi ha costat trobar recursos d'inserció, però creuen que aquests no són suficients. Al 18,18%, si els hi ha costat i també creuen que no són suficients. Al 27,27% no els hi ha costat trobar recursos d'inserció i creuen que si són suficients, i el 9,1% si els hi ha costat i també pensen que són suficients:

Gràfic 8: Relació entre si costa trobar recursos d'inserció i si es creuen suficients (Persones usuàries).



Codi 2. Qualitat.

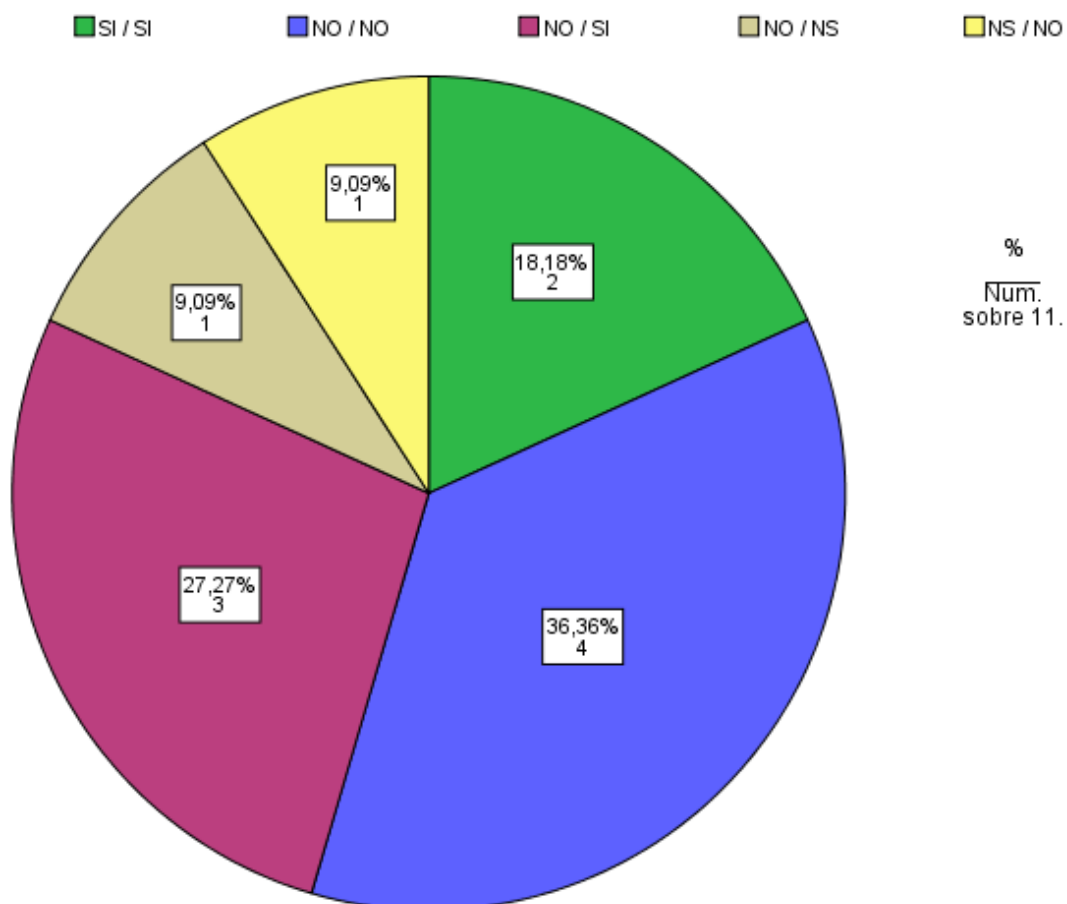
Un 36,36% dels enquestats no creuen que els programes, tallers o recursos d'inserció tractin tots els àmbits d'inserció de la persona, i no consideren que siguin de qualitat. El 27,27% no creuen que tracten tots els àmbits d'inserció de la persona, però si creuen que, en general, són de qualitat. Un 9,09% tampoc creuen que els programes tracten tots els àmbits de la inserció de la persona, però, de manera general, no saben si valorar-los com de qualitat o no.

El 18,18% si creuen que tracten tots els àmbits d'inserció de la persona i els valoren, de manera general, com a recursos, accions i programes de qualitat.

Finalment, un 9,09% no saben si els programes tracten tots els àmbits d'inserció de la persona i, de manera general, no la valoren com de qualitat:

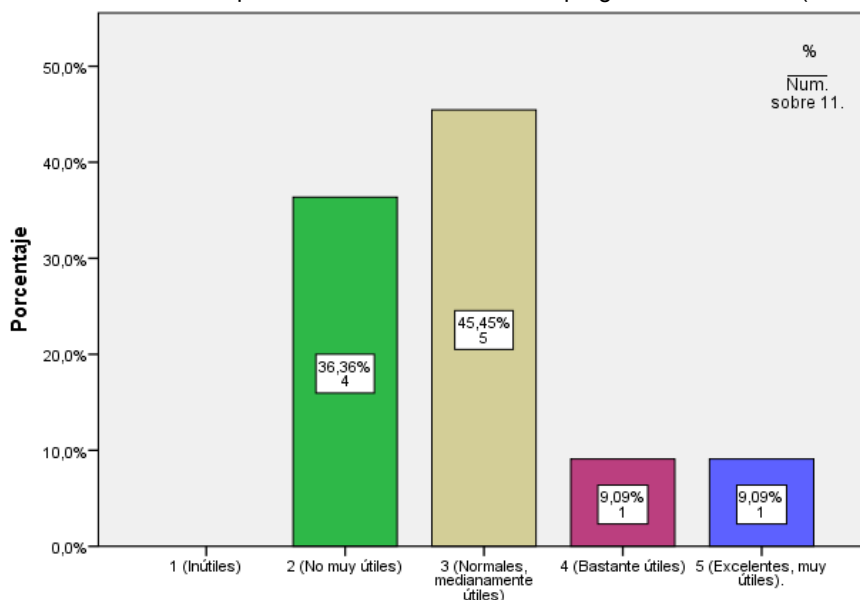
Gràfic 9: Relació entre si tracten els programes d'inserció tots els àmbits d' inserció de la persona i si, en general, són considerats de qualitat (Persones usuàries).

Preg3. ¿Tratan los programas, talleres o recursos de inserción todos los ámbitos de inserción de la persona? / Preg.4. ¿Cree que en general, los recursos, acciones y programas de inserción existentes son de calidad?



Un 45,45% valora la qualitat i utilitat dels recursos o programes d'inserció amb un 3 sobre 5, com a medianament útils. Un 36,36%, amb un 2 sobre 5, com a no molt útils. Un 9,09% els valora amb un 4 sobre 5, com a bastant útils. I, també amb un 9,09% de persones enquestades, els recursos d'inserció són valorats amb un 5, com a excel·lents i molt útils:

Gràfic 10: Valoració de l'1 al 5 de la qualitat i utilitat dels recursos o programes d'inserció (Persones usuàries).



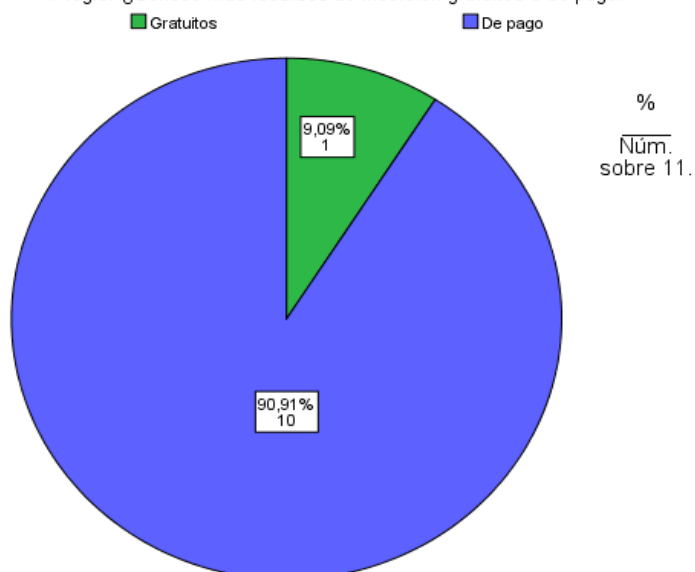
Preg5. ¿Como valoraria en general, del 1 al 5, la calidad y utilidad de los recursos o programas de inserción que conoce? (Siendo 1: Inútils - 5: Excelentes, muy útiles).

Codi 3. Accessibilitat.

Un 9,09%, de les persones enquestades, coneixen més recursos d'inserció dirigits a persones drogodependents gratuïts que de pagament, front un 90, 91% que coneixen més de pagament:

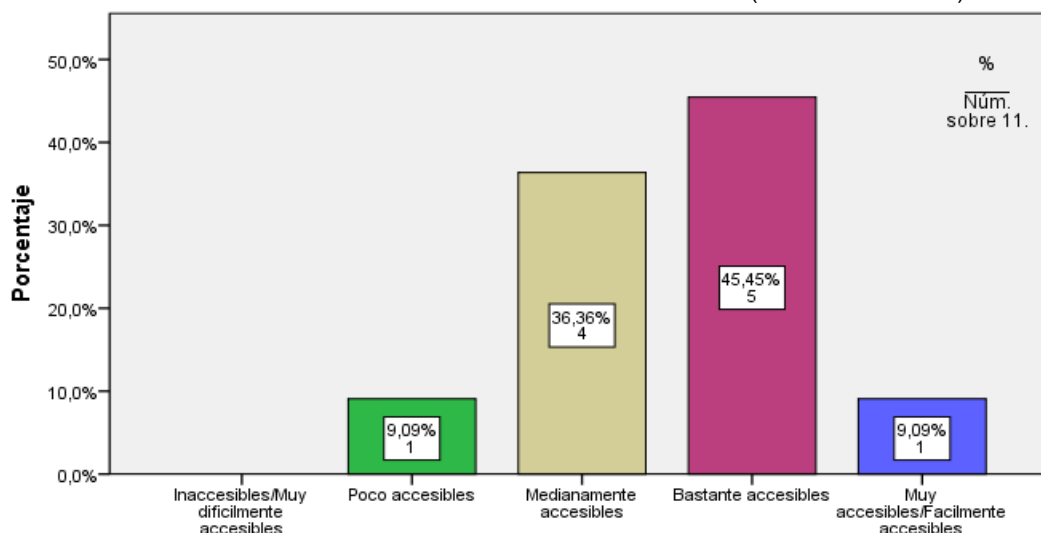
Gràfic 11: Es coneixen més recursos d'inserció gratuïts o de pagament? (Persones usuàries).

Preg.6. ¿Conoce más recursos de inserción gratuitos o de pago?



En relació a l'accessibilitat, un 45,45% de les persones usuàries enquestades valoren els recursos d'inserció com a bastant accessibles. Un 36,36% els valora com a mitjanament accessibles. Un 9,09% els valora com a poc accessibles, al contrari que un altre 9,09% que els valora com a molt accessibles o fàcilment accessibles. L'opció d'inaccessibles o molt difícilment accessibles no ha estat escollida per cap persona usuària enquestada:

Gràfic 12: Valoració de l'accessibilitat dels recursos d'inserció (Persones usuàries).

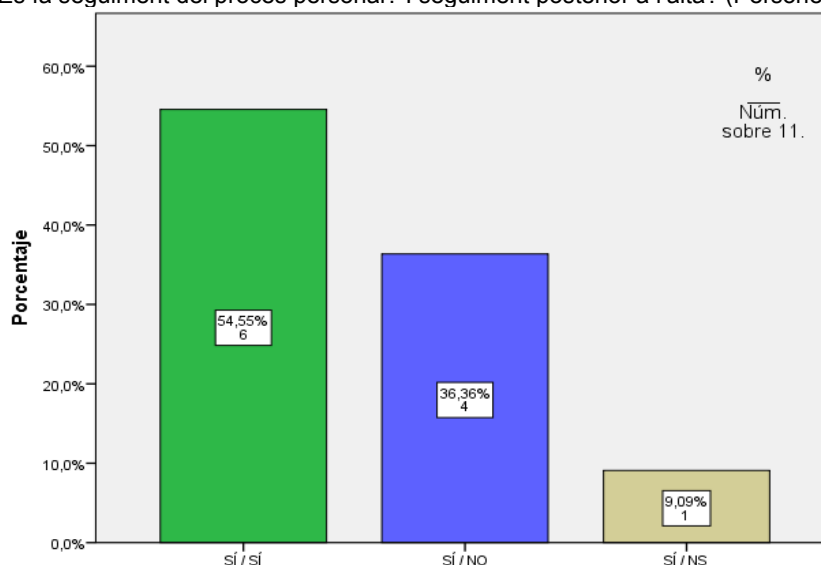


Preg.7. ¿Bajo su experiencia, como valoraría, en general, la accesibilidad de los recursos de inserción?

Codi 5. Seguiment.

El 100% de les persones usuàries enquestades han afirmat que es fa seguiment del procés personal. D'aquests, un 54,55% afirma que també es fa seguiment posterior a l'alta, un 36,36% respon que no es fa, i un 9,09% no sap si es fa o no seguiment posterior a l'alta:

Gràfic 13: Es fa seguiment del procés personal? I seguiment posterior a l'alta? (Persones usuàries).

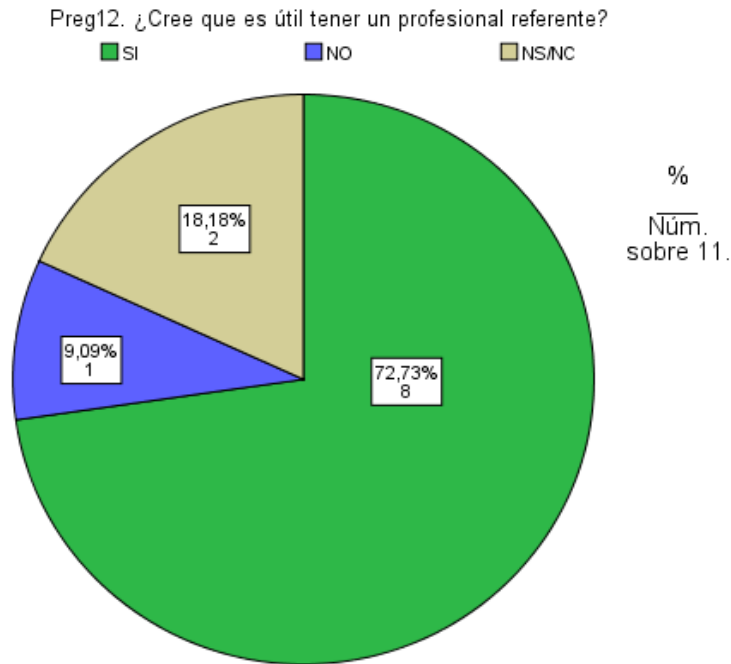


Preg.10. ¿Se hace seguimiento del proceso personal? / Preg.11. ¿Se hace seguimiento posterior al alta?

Codi 6. Professional referent.

El 72,73% de les persones usuàries enquestades creuen útil el fet de tenir un professional referent. El 18,18% no saben si tenir un professional referent és d'utilitat o no ho és, i el 9,09% creu que no és d'utilitat:

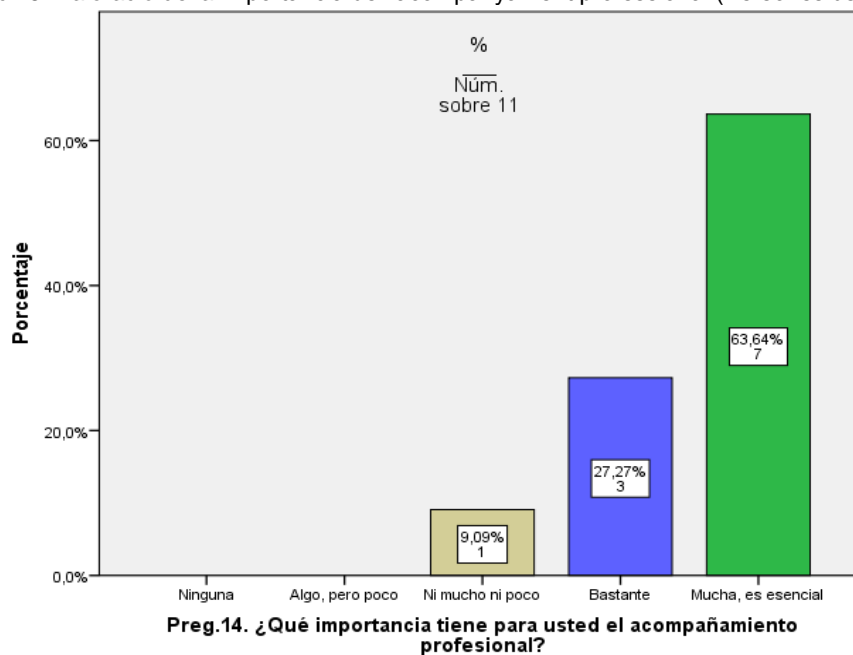
Gràfic 14: Es creu útil el fet de tenir un professional referent? (Persones usuàries).



Codi 7. Acompanyament.

El 63,64% valora com a molt important i essencial l'acompanyament professional. Un 27,27% ho valora com a bastant important, i un 9,09% no ho valora ni com a molt important ni com a poc:

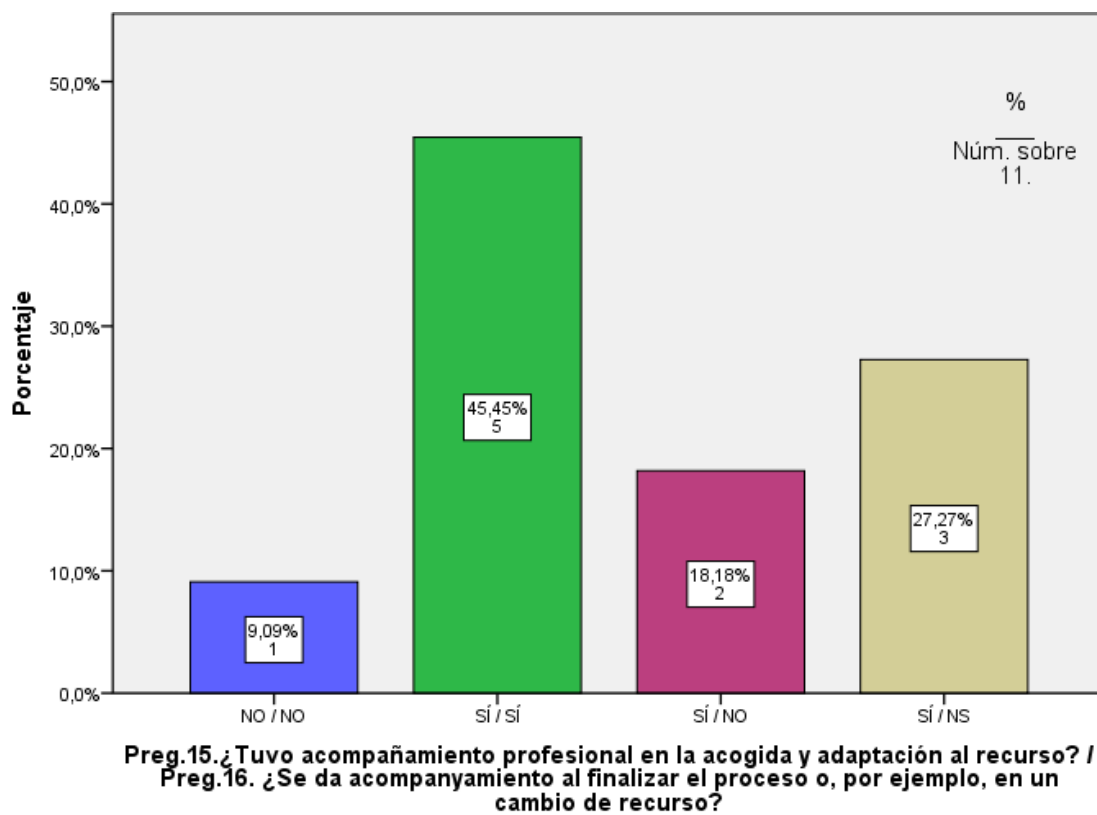
Gràfic 15: Valoració de la importància de l'acompanyament professional (Persones usuàries).



Un 45,45% dels enquestats afirmen haver tingut acompanyament professional en l'acollida i adaptació al recurs i que també es dona acompanyament en finalitzar o canviar de recurs. Un 27,27% afirmen haver tingut acompanyament en l'acollida i expressen desconeixement en relació a l'existència o no d'acompanyament al finalitzar o canviar de recurs.

El 18,18%, també afirma haver tingut acompanyament en l'acollida, però expressen que al finalitzar el procés o en canvis de recursos no es dona. Finalment, el 9,09% nega l'existència d'acompanyament professional en tots dos casos:

Gràfic 16: Existència de l'acompanyament professional en l'acollida i adaptació al recurs, alhora que també al final del procés o en els canvis de recurs (Persones usuàries).

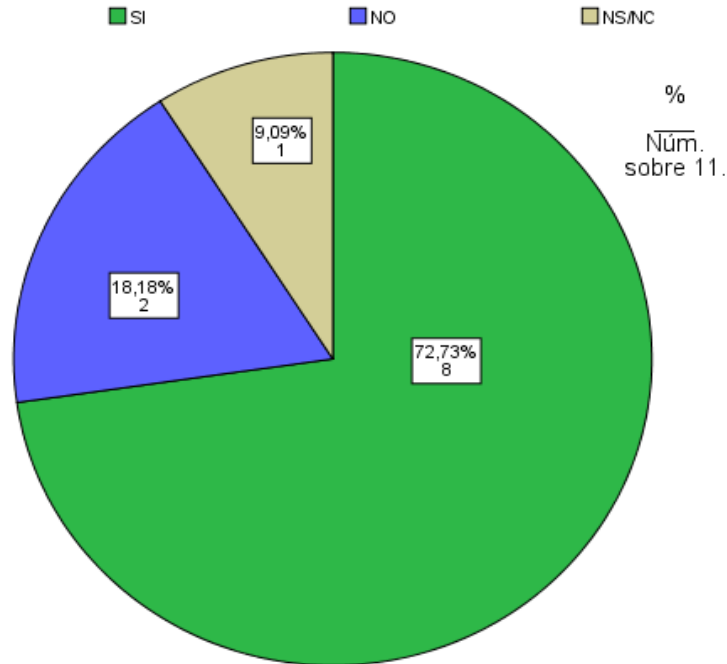


Codi 9. Normalització social.

Un 72,73% de les persones usuàries enquestades afirmen que les drogodependències estan normalitzades com a malaltia comuna dins del circuit de salut, considerant-se així una malaltia més. Un 18,18% neguen l'existència d'aquesta normalització i consideració de les drogodependències com a malaltia comuna, i un 9,09% expressa no saber-ho:

Gràfic 17: Normalització social de les drogodependències dins del circuit de salut (Persones usuàries).

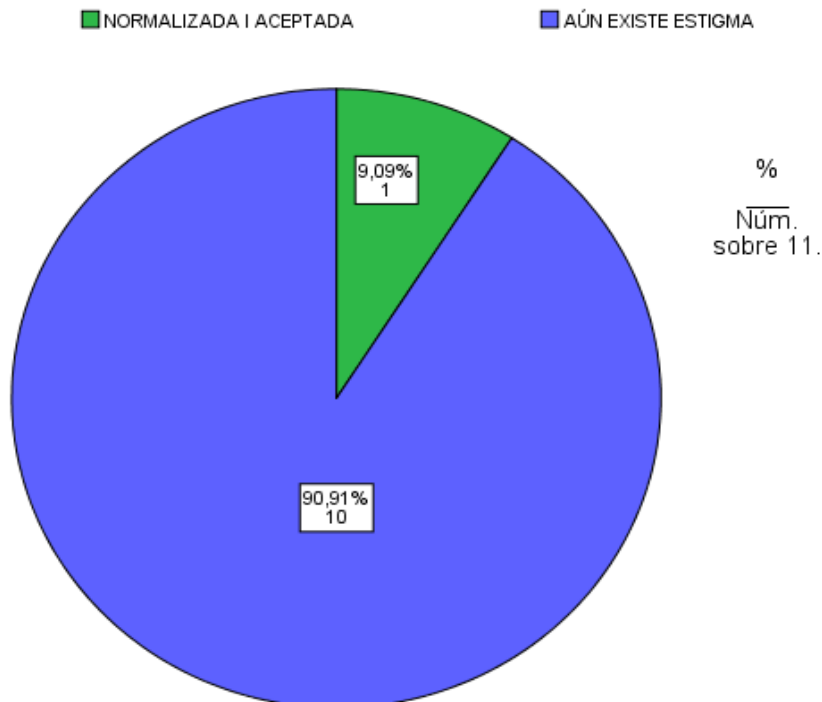
Preg.18. ¿Diría que las drogodependencias están normalizadas como enfermedad común dentro del circuito de salud? ¿Es considerada una enfermedad más?



Un 90,91% dels enquestats remarquen l'existència d'estigmatització social per sobre de la normalització i acceptació de la inserció de persones drogodependents rehabilitades. Al contrari, un 9,09% remarquen la normalització i acceptació social d'aquesta:

Gràfic 18: Normalització i acceptació social de la inserció de persones drogodependents rehabilitades (Persones usuàries).

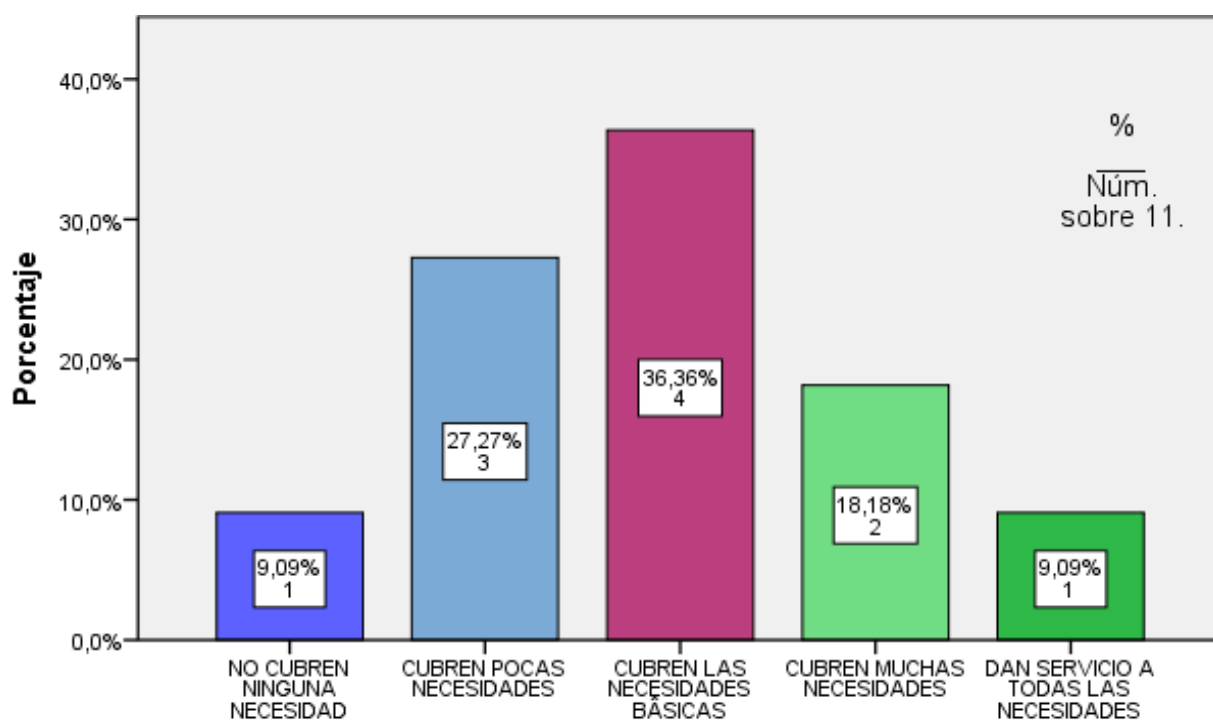
Preg.19. ¿Cree que, generalmente, la inserción de personas drogodependientes rehabilitadas está normalizada y aceptada socialmente? ¿O aún existe estigma?



Tenint en compte les cobertures que es donen a altres malalties, segons el 36,36% dels enquestats, els serveis de salut públics cobreixen les necessitats bàsiques de la drogodependència donant, així, a la cobertura, una nota de 3 sobre 5. El 27,27% valora el nivell de cobertura dels serveis públics de salut amb un 2 sobre 5, afirmen que cobreix poques necessitats. El 18,18% valora aquest nivell de cobertura amb un 4 sobre 5, cobreix moltes necessitats.

Un 9,09% valora el nivell de cobertura de necessitats de la drogodependència per part dels serveis de salut públics amb un 1 sobre 5, no cobreix cap necessitat. I, al contrari, un altre 9,09% afirma que donen servei a totes les necessitats:

Gràfic 19: A quin nivell cobreixen els serveis de salut públics les necessitats de les drogodependències? (Persones usuàries).

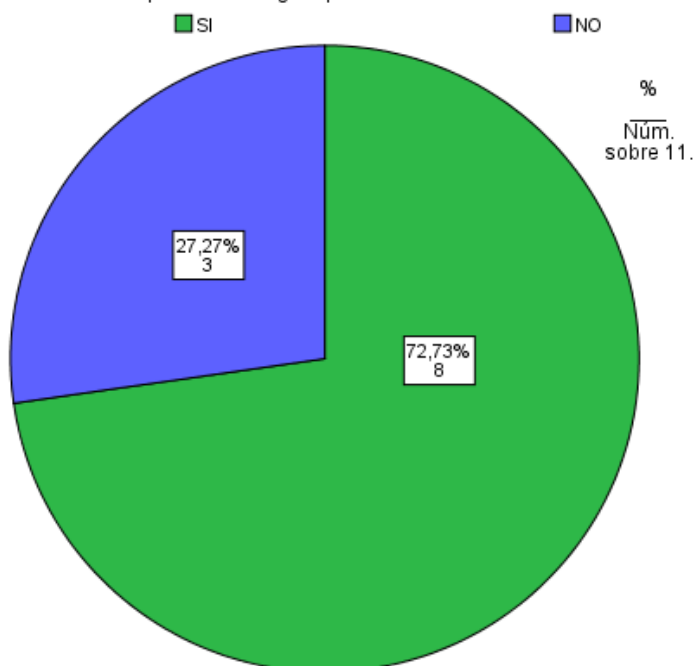


Preg.20. ¿Según su experiencia, a qué nivel cubren los servicios de salud públicos, del 1 al 5, las necesidades de la drogodependencia? (Teniendo en cuenta las coberturas con las que cuentan otras enfermedades). (Siendo 1: No cubren ninguna necesidad - 5: Dan servicio a todas las necesidades).

Segons un 72,73% dels enquestats creuen que l'actual circuit i els serveis dirigits al tractament i inserció de persones drogodependents està normalitzat socialment. Per contra, un 27,27% creuen que no:

Gràfic 20: Esta normalitzat socialment l'actual circuit i els serveis dirigits al tractament i inserció de persones drogodependents? (Persones usuàries).

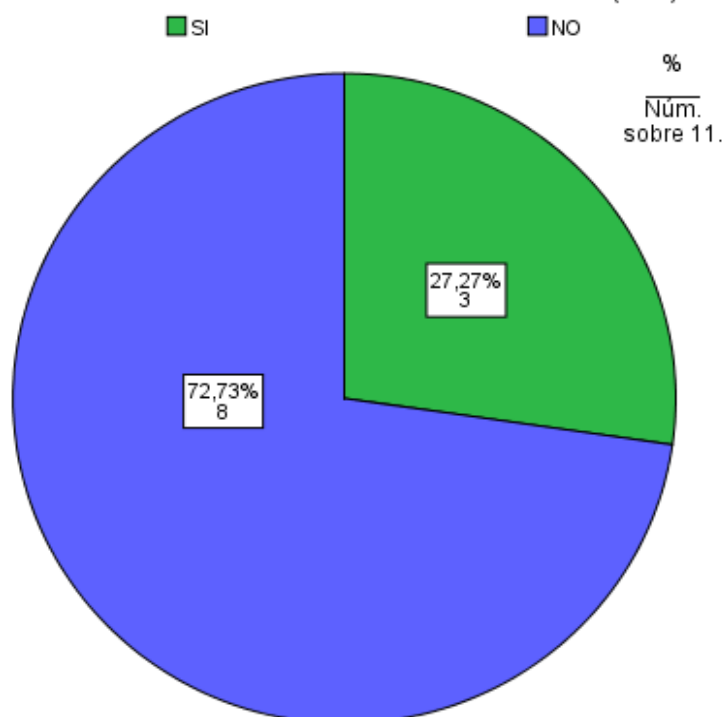
Preg.21. ¿Cree que el actual circuito y servicios dirigidos al tratamiento e inserción de personas drogodependientes está normalizado socialmente?



Un 72,73% no veu possible que la drogodependència pugui arribar a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària (CAP), front un 27,27 que si què ho veu possible:

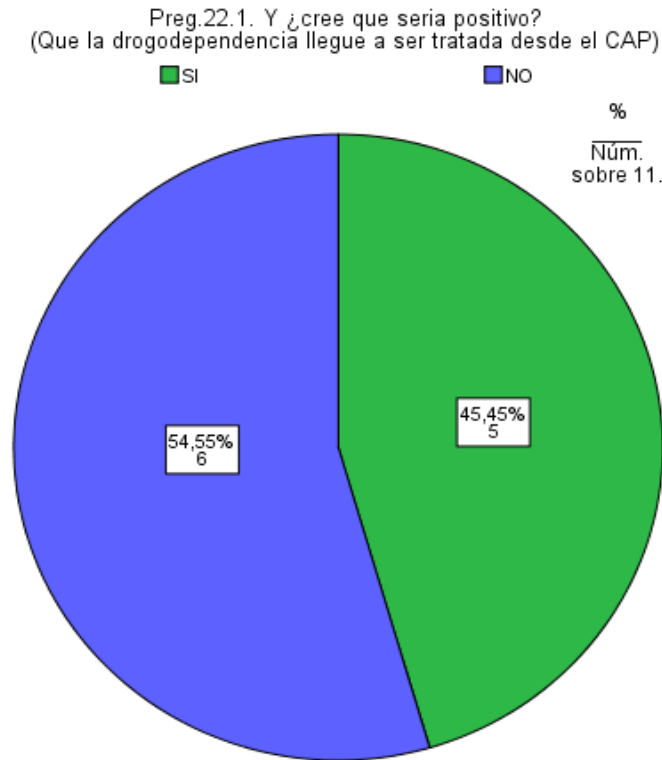
Gràfic 21: Es creu possible que la drogodependència pugui arribar a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària? (Persones usuàries).

Preg.22. ¿Cree que es posible que la drogodependencia llegue a ser tratada des del Centro de Atención Primaria (CAP)?



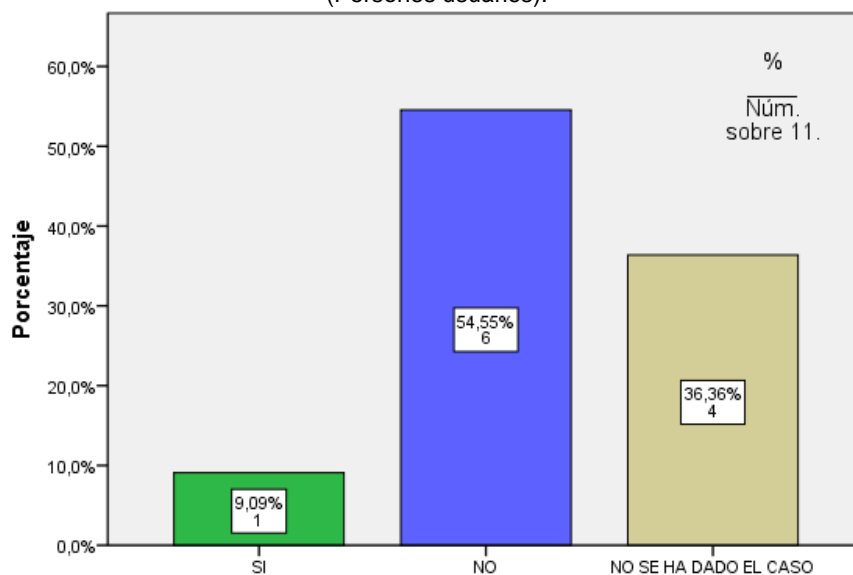
Un 54,55% no creu que fos positiu que la drogodependència arribarà a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària (CAP), front un 45,45% que si ho creu positiu:

Gràfic 22: Es creu positiu que la drogodependència arribi a ser tractada des dels Centres d'Atenció Primària? (Persones usuàries).



Un 54,55% dels enquestats han estat de baixa laboral a causa de la seva drogodependència i no han comunicat els motius reals de la baixa a l'empresa. Un 9,01% si ho ha fet, i un 36,36% no se'ls hi ha donat la situació:

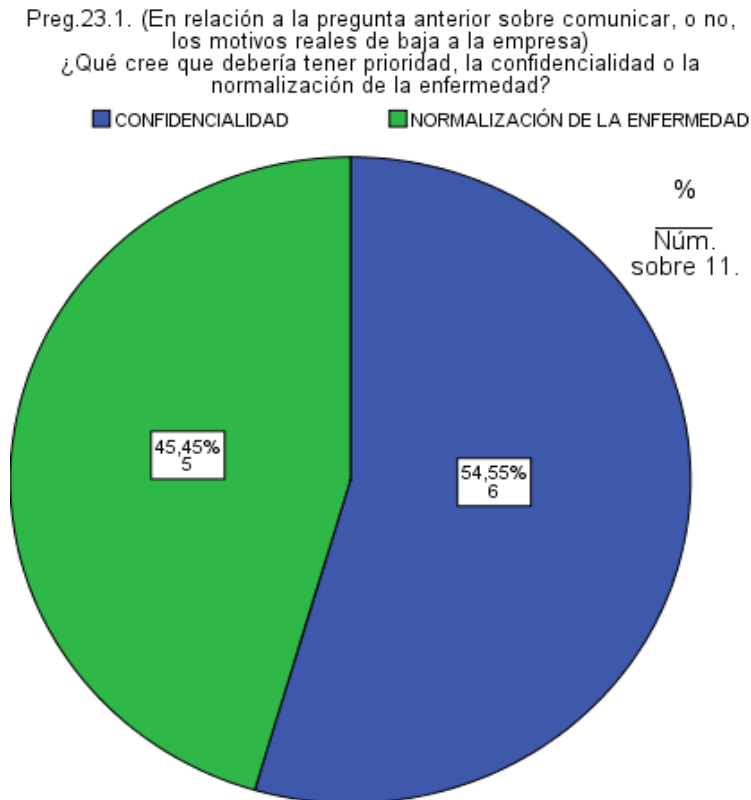
Gràfic 23: Es comuniquen els motius de baixa laboral reals en casos de drogodependències? (Persones usuàries).



Preg. 23 ¿En caso de estar de baja laboral o haberlo estado alguna vez a causa de su problema con las drogas, ¿ha comunicado los motivos reales de baja a la empresa?

Pel que fa a comunicació dels motius reals de baixa a les empreses, el 54,55% dels enquestats prioritzen la confidencialitat per sobre de la normalització de la malaltia. Un 45,45% prioritzen la normalització de la malaltia:

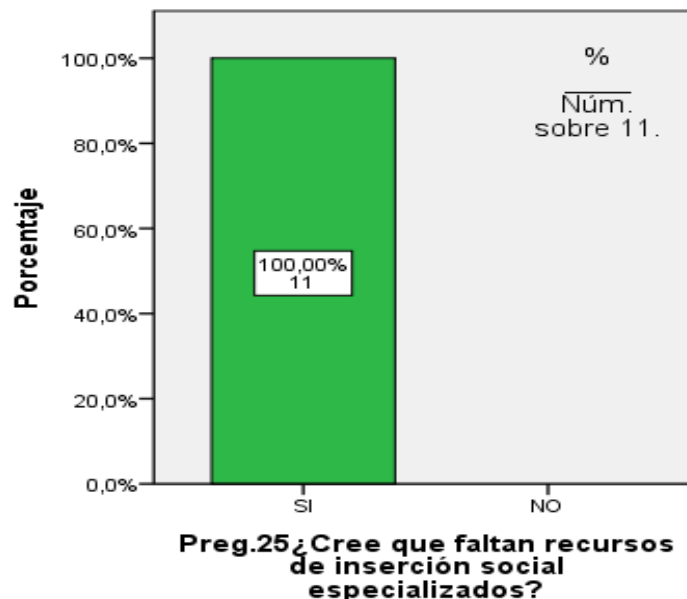
Gràfic 24: En relació a la comunicació a l'empresa dels motius reals de baixa en casos de drogodependències, que es considera que hauria de tenir prioritat la confidencialitat o la normalització de la malaltia? (Persones usuàries).



Codi 11. Necessitats.

El 100% dels enquestats perceben que falten recursos d'inserció social especialitzats:

Gràfic 25: Es creu que falten recursos d'inserció social especialitzats (Persones usuàries).

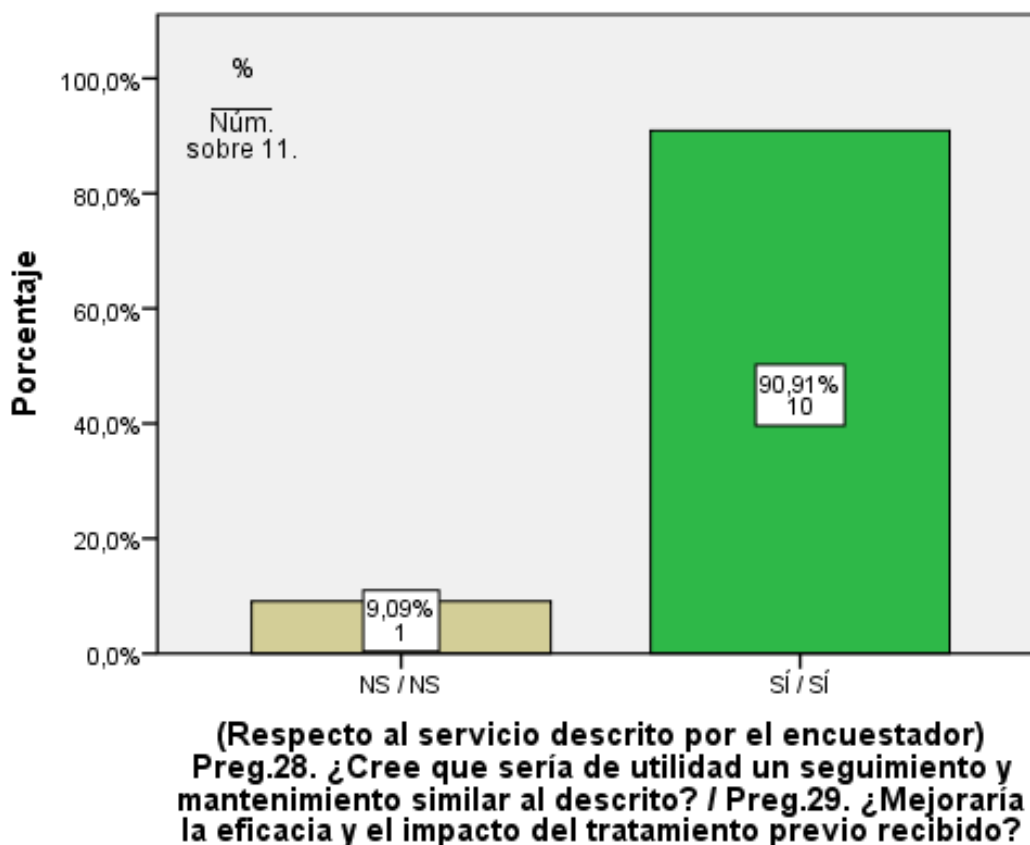


Codi 12. Innovacions.

Enfront de la proposta d'un servei de seguiment a llarg termini, més voluntari i eventual que un CAS, que de la mateixa manera que a les dones de 50 anys hi ha un servei que les informa sobre les revisions mamàries i als homes sobre les proves de càncer de còlon, podria oferir cada cert a les persones drogodependents rehabilitades la possibilitat d'assistir a grups d'ajuda mútua, a teràpia, a un servei d'itineraris personalitzats d'inserció laboral... i, també, estar present com a lloc de contacte per possibles recaigudes... :

Un 90,91% dels enquestats creu que seria d'utilitat i milloraria l'eficàcia i l'impacte del tractament rebut, i un 9,09% no ho sap.

Gràfic 26: Un servei similar al plantejat per la recerca es considera que seria útil i milloraria l'eficàcia i l'impacte del tractament rebut (Persones usuàries).



Taula 6: Resultats dels qüestionaris a persones usuàries.

CODIS	RESULTATS EXTRETS (Annex 12)
<p>Codi 4: Treball en xarxa.</p>	<p>“8.- ¿En el recurso donde se encuentra actualmente, cuantos profesionales intervienen y acompañan su proceso? Intervienen un total de ___ profesionales” (Annex 12): <i>“2” (Q1, Q2), “6” (Q11), “10” (Q7), “11” (Q3), “12” (Q4; Q5; Q6; Q8; Q9; Q10).</i></p> <p>“9.- ¿Conoce si en su proceso y plan individual interviene algún profesional externo, de otro recurso? En caso afirmativo ¿Qué profesional es y de qué forma, o en qué, interviene?” <i>“No” (Q1; Q2; Q9), “Si, Yoga, Arte terapia y voluntarios” (Q3), “Si, una fundación, recursos humanos” (Q4), “Raquel: Yoga terapia con ejercicios y las películas y libros, nos enseña a aprender a relajar tu cuerpo y mente. Miquel: arte terapia con pintura y la música te desconectas de todo lo que lleva tu mente” (Q5), “Es del CAS y me conoce muy bien mis actitudes” (Q6), “Si, un médico del CAS” (Q11), “El terapeuta, es el profesional con el que se establece un contacto más directo y con mas confidencialidad.” (Q7), “Insertadora laboral servicios sociales. Insertadora laboral del cas fórum” (Q8), “Si, un arte terapeuta. Con música clásica, dibujando y haciendo diversas actividades, nos aconseja que nos dejemos llevar por nuestras emociones y sacarle sentido. Si, yoga terapia. Con ejercicios prácticos y videos y teoría nos enseña a centremos en el cuerpo y en el momento presente. 1 vez por semana.” (Q10).</i></p>
<p>Codi 6: Professional referent.</p>	<p>“13.- ¿Qué significa, o qué función tiene, para usted el profesional referente, a diferencia del resto de profesionales?” <i>“Que se preocupa por mi” (Q1), “Que se preocupa de mis problemas y me ayuda a superarlos” (Q4), “Significa, la profesionalidad de un medico en su función, pero con muy pocos recursos y mucha gente que ayudar. No tienen tiempo para nada.” (Q2), “Te hace un seguimiento del tratamiento de principio a fin. Y te valora tu evaluación” (Q3), “No. Todos tienen sus áreas pero todos entre todos” (Q5), “No lo sé, todos son iguales” (Q11), “Pues conoce mis traumas, conductas y como llevar un buen proceso” (Q6), “Con el resto de profesionales se es menos abierto que con el profesional referente”(Q7), “El</i></p>

	<p><i>profesional referente es el que más manda y el que decide que hacer y qué camino hay que coger” (Q8), “Pues sinceramente, que me transmita mucha confianza ya que los adictos, tenemos por norma general, expresar muy poco los sentimientos” (Q9), “Aquí no tenemos. Pero pienso que si sirven porque así se centra más ese profesional a esas personas que lleva, con ayuda lógicamente de los demás prof.” (Q10).</i></p>
<p>Codi 8: Recaigudes.</p>	<p>“17.- ¿Qué es para usted una recaída?” <i>“Horrible”(Q1), “Por no tener seguimiento ninguno y mientras lo haces, no son lo suficientes para lo que de verdad tendrían que significar” (Q2), “Es una bajada de guardia, olvidarnos de nuestro problema de adicción y dejarte llevar por la falsa confianza” (Q3), “Lo peor que me puede suceder, no quiero volver al camino de la podredumbre” (Q4), “una recaída para ahora que estoy en el centro sería no levantar cabeza, espero no recaer nunca” (Q5), “tirar todo el trabajo hecho” (Q11), “Mi motivo principal es el aburrimiento, y no poder gestionar al momento algún problema que surja” (Q6), “volver a los antiguos hábitos de conducta y consumo de los que me estaba curando” (Q7), “Recaer en el consumo” (Q8), “Dejar de cumplir mis objetivos, propuestas que uno hace al salir del centro, y poco a poco en su día a día va empezando a dejar de lado, por motivos X y esto es el primer paso para la recaída. Y volver otra vez a consumir” (Q9), “Para mí, primero está el proceso de recaída que puede ser una recaída psicológica y si no se pide ayuda llegas al consumo esporádico, si sigues sin pedir ayuda y reconducir la situación entras otra vez al consumo diario de después de una alta terapéutica y eso sería para mí la recaída en sí.” (Q10)</i></p> <p>“¿Porque diría que se producen la mayoría de las recaídas posteriores a finalizar un tratamiento? (3 principales motivos)” <i>“Yo estoy aún en tratamiento” (Q1), “Problemas sociales: trabajo, familia...” (Q2), “No hay un seguimiento que te ayude” (Q2) / “Dejar de cumplir objetivos” (Q9), “Por no mantener al 100% constancia en la continuación de tratamiento y no darse cuenta de si estas en proceso de recaída” (Q10), “Por no ser consciente de si te estás saltando límites marcados propios” (Q10), “Porque ya no tienes control y te confías” (Q11), “No saber pedir ayuda” (Q4), “No pedir ayuda” (Q9), “Por no pedir ayuda”</i></p>

	<p>(Q10), <i>“Pedir ayuda cuando ya es tarde”</i> (Q11), <i>“Los profesionales no tienen medios para tanta gente”</i> (Q2).</p> <p><i>“Frustración (no saber gestionarla)”</i> (Q3), <i>“Creo que no tienes tu mente preparada”</i> (Q5), <i>“Problemas del día a día y no hacer nada”</i> (Q6), <i>“Una separación”</i> (Q7), <i>“un fallecimiento”</i> (Q7), <i>“Falsa confianza (por una vez no importa, ¡estoy bien!)”</i> (Q3), <i>“Falsa seguridad”</i> (Q6).</p> <p><i>“Volver al mismo sitio y las mismas amistades”</i> (Q3), <i>“No evitar sitios de consumo”</i> (Q4), <i>“Por tu alrededor que has cogido”</i> (Q5), <i>“Una mala compañía”</i> (Q7).</p> <p><i>“Aburrimiento”</i> (Q4), <i>“Porque no te has trabajado tus dificultades”</i> (Q5), <i>“La euforia”</i> (Q6), <i>“Falta de voluntad”</i> (Q8), <i>“Autoestima”</i> (Q8), <i>“Depresión”</i> (Q8), <i>“No era realmente tu momento”</i> (Q9).</p>
<p>Codi 9: Normalització social.</p>	<p>21.- ¿Cree que el actual circuito y servicios dirigidos al tratamiento e inserción de personas drogodependientes está normalizado socialmente? En caso negativo, ¿se le ocurre desde donde, con intención de normalizarla socialmente, se debería realizar el tratamiento e inserción de las drogodependencias?</p> <p><i>“Desde centros especializados en estos tipos de tratamiento, por la experiencia”</i> (Q7), <i>“con mas relación con los barrios donde están los centros o pisos...”</i> (Q11)</p>
<p>Codi 10: Obstacles</p>	<p>“24.- ¿Personalmente cuales dirías que son los 3 principales obstáculos que se presentan en la inserción social (incluyendo en esta la laboral)?”</p> <p><i>“Rechazo”</i> (Q1; Q11), <i>“Rechazo por parte de una gran parte de la sociedad cuyas mentes son muy cerradas”</i> (Q3), <i>“Discriminación”</i> (Q1), <i>“Aislamiento”</i> (Q8), <i>“La sociedad pienso que mucha gente sobre todo mas mayor no entiende la adicción y nos juzga negativamente”</i> (Q10), <i>“Ignorancia”</i> (Q4), <i>“Incredulidad”</i> (Q7), <i>“Los demás ya nunca te creen”</i> (Q11), <i>“Incomprensión”</i> (Q4), <i>“Intolerancia”</i> (Q4), <i>“La imagen”</i> (Q9), <i>“Hay profesionales que tienen muchos estigmas y prefieren olvidarse”</i> (Q2).</p>

	<p><i>“Los recursos” (Q2), “Para realizar cualquier cursillo debes esperar mucho tiempo” (Q2), “Lógicamente la laboral es muy importante que desde los centros o comunidades tuvieran vínculos con gente que sale de ellos” (Q10), “Encontrar trabajo” (Q3), “La falta de trabajo” (Q9).</i></p> <p><i>“Falta de confianza”(Q1), “La confianza, que las empresas no confían” (Q5), “Que no se fíen las empresas” (Q6), “La desconfianza” (Q9), “Pues la falta de confianza de mi misma” (Q6), “La inseguridad” (Q5), “El gran cambio de vida, ‘inseguridad’ por mi” (Q6), “Falta de confianza” (Q7), “Baja autoestima” (Q8), “Depresión” (Q8).</i></p> <p><i>“Demostrar a día a día que ya no eres la misma ‘amigos’ ” (Q5), “Los recuerdos de lo que hemos hecho mal y el mal que hemos creado a la sociedad” (Q3).</i></p>
<p>Codi 11: Necessitats</p>	<p><i>“26.- ¿Ha detectado alguna necesidad o carencia en cuanto a la inserción social y laboral? ¿Cuál?”</i></p> <p><i>“No” (Q3), “No, porque si voy lo digo” (Q4), “No, de momento no he tenido” (Q5), “No, porque va a ser mi primera necesidad o carencia en cuanto a la inserción social y laboral” (Q8), “Por suerte en mi caso ninguna” (Q9).</i></p> <p><i>“Pues que se debería haber más cursos gratuitos, más terapias a la semana.” (Q6), “necesidad falta de dinero” (Q1)</i></p> <p><i>“Pienso lo mismo que he puesto antes. Que es muy importante que las comunidades y centros tengan contacto con las personas que salen de comunidades ya que es importantísimo el día a día, la constancia, la economía y salirse realizado cuando se sale” (Q10), “La laboral es baja. No hay seguimiento” (Q11)</i></p> <p><i>“Si. En 20 años a mi no me han dado ninguna ayuda ni tratamiento para mi inserción laboral” (Q2)</i></p> <p><i>“Tal y como están los servicios informativos tarde o temprano acaban enterándose de todo tu futuro social y laboral” (Q7)</i></p>

Codi 12:

Propostes
d'innovació

“27.- ¿Propondría alguna innovación en recursos, acciones o programas en relación a la normalización social de las drogodependencias, la inserción social o la inserción laboral?”

“No” (Q1; Q8), “No soy profesional” (Q4), “No. En mi caso lo que se me ha ofrecido lo he aceptado bien y con muchas ganas y no me ha costado adaptarme, me siento orgulloso.” (Q3).

“Sobre todo recursos, no puede ser que mi doctora desde que me atiende, unos 15 años, hable conmigo 10 minutos en 4 meses. Así es muy difícil que no se recaiga. Si no es por uno mismo y sus familiares, amigos...” (Q2).

“Sí, que hubieran grupos de drogodependientes para grupos de ayuda” (Q6), “Salidas de grupos” (Q6), “Cursos de autoayuda” (Q6), “Introducir muchas de las terapias de relajación que existen a día de hoy” (Q9), “Muchas más terapias” (Q9), “Más inteligencia emocional en las escuelas” (Q10), “Más salidas laborales para las personas con alta terap.” (Q10), “Más centros con acuerdos en inserción laboral y mas cursos de autoconocimiento y ayuda al salir” (Q11), “Mejoraría el CAS” (Q10).

“Yo creo que la enfermedad la gente no lo cree, que es una enfermedad, lo ven como un vicio que tú has hecho. Me gustaría que se hablara más y que pudieran decir que es una enfermedad” (Q5), “Tendría que cambiar mucho la mentalidad de las personas que llevan estos asuntos para poderlos admitir como una enfermedad normal” (Q7).

“28.- En cuanto a seguimiento a largo plazo. De la misma manera que a las mujeres alrededor de los 50 años les llega una carta para informar sobre las revisiones mamarias, y a los hombres sobre las pruebas de cáncer de colon, podría haber un servicio similar que cada cierto tiempo ofreciera la posibilidad de poder asistir, si se quiere, a terapia, grupos de ayuda mutua, servicio de itinerarios personalizados de inserción laboral... y sería también un lugar de contacto para posibles recaídas (...) 29.- (...) cree que un servicio de estas características, que sea únicamente de seguimiento, asesoramiento, soporte en la inserción social y laboral y, en un momento dado, como punto de socorro, que fuera más voluntario y eventual que un CAS: ¿Qué otras ventajas e inconvenientes podría tener?”

“No se” (Q4), “no lo sé” (Q8).

“Si realmente fuera así, y el adicto es consciente de que quiere curarse, pienso que con los recursos que hay hoy en día en la calle son suficientes, pienso que el trabajo social se está haciendo bien, pero las mentes de los adictos son muy impredecibles y es muy difícil ayudar si la otra persona no es suficientemente realista del problema que tiene” (Q9).

“Mejorar” (Q1), “Más cercano, y habría más rapidez en resolver muchos problemas” (Q2), “Pues visitaríamos más a menudo a parte del CAS, así irían más descansados, haría un voluntariado para reunirnos dos veces por semana, más grupos de autoayuda” (Q6).

“Información, pues a veces no se saben los problemas y nosotros no nos molestamos hasta que es tarde” (Q3), “Te obligaría a tener un poco de seguimiento y proporciona círculo de personas con quien reunirse” (Q11).

“La ventaja, sería muy bueno para saber que es una enfermedad para toda la vida, como las personas que tienen diabetes que es para toda la vida, y no es mal vista, y en cambio la nuestra está muy mal vista. Me gustaría que se hablara más de esta enfermedad.” (Q5).

“Hacerlo obligatorio sería una forma de que fuera más efectivo” (Q7)

“Ventajas: hay muchas pienso que es una enfermedad crónica y que se entiende muy poco, además siéndonos tachados de mala gente o delincuentes sin conocimiento de causa. Muchos estamos en una gran profunda patología dual que no tiene que ser definitiva y con más ayudas sobre todo en la reinserción laboral, social y de formación, y un apoyo gratuito más constante y diario que no hace el CAS. Nos ayudaría muchísimo a seguir positivos y decididos en nuestro gran objetivo ahora y siempre en la vida y la gran ilusión de poder salir de el gran y largo y oscuro laberinto que uno se encuentra en el momento de pensar que se tiene que ingresar en C.T.”(Q10).

7.2.3. RESULTATS DE LES ENTREVISTES A PROFESSIONALS SOCIALS.

Taula 7: Resultats de les entrevistes a professionals socials.

CODIS	RESULTATS EXTRETS (Annex 7 i 9)
<p>Codi 1:</p> <p>Quantitat.</p>	<p>“1.- Quins tipus de recursos d’inserció de persones drogodependents coneixes i a quins has fet derivacions? Creus que aquests són suficients en quantitat i tipologies?”:</p> <p><i>“Los centros de día y los pisos de reinserción. Desde comunidad la derivación a este tipo de recursos la realiza el trabajador social. No obstante, siempre recomendamos a todos nuestros usuarios una continuación de tratamiento en piso terapéutico, o bien, si tienen un entorno social favorable acudir a un centro de día o vincularse a diferentes programas de continuación de tratamiento.”(E1, 4-8).</i></p> <p><i>En ATRA también se ofrecen programas de soporte a la vida autónoma y grupo de habilidades sociales.” (E1, 9-10).</i></p> <p><i>Por lo que respecta a los pisos terapéuticos considero que no son suficientes, dado que muchos usuarios deben esperar que haya plaza para poder entrar” (E1, 11-12).</i></p> <p><i>“(…) al ser insuficientes, hay personas que quedan excluidas de estos recursos.” (E1, 22-23).</i></p> <p><i>“(…) bueno las vías de derivación son todas, me preguntabas por temas de derivación..., la vías de derivación son todas, principalmente, nuestro principal servicio derivador es el CAS, que es el servicio ambulatorio especializado en adicciones y luego las coordinaciones (...)” (E2, 24-27).</i></p> <p><i>“Tenemos la xarxa local de salut mental, que es una taula tècnica, en la que participa también gran parte de los servicios y dispositivos de aquí del Prat, como (...), serveis socials, bueno evidentemente salut mental, tanto el centro de rehabilitación como el prelaboral, como el CESMA, el CAP...serveis social... el SIAD, que es el Servei d’Internació i Atenció a la Dona (...)”</i></p>

	<p>(E2, 29-33).</p> <p><i>“Mm... ee... a ver siempre..., cuanto más haya..., siempre mejor ¡está claro! De todas formas, bueno, el Prat es un municipio relativamente pequeño en el que hay muchísimos recursos dirigidos a la inserción. Por lo tanto, bueno, está bastante bien (...).”</i> (E2, 38-40).</p> <p><i>“(...) existen grupos de autoayuda, como el grupo de autoayuda de Fundación ATRA, que es para personas que llevan mucho pero mucho tiempo abstinentes, y vienen una vez al mes (...).”</i> (E2, 320-322).</p>
<p>Codi 2:</p> <p>Qualitat.</p>	<p>“2.- Tracten aquests recursos i accions d’inserció tots els àmbits de la inserció de la persona? En general, com valoraries la qualitat dels recursos actuals d’inserció?”:</p> <p><i>“Los pisos terapéuticos sí que tratan todos los ámbitos de inserción, se potencia la consolidación de hábitos de convivencia y habilidades sociales, el grado de autonomía personal y la adaptación y manejo del entorno. Se pretende la integración laboral de la persona usuaria o bien para aquellos que son pensionistas, la ocupación del tiempo libre mediante actividades formativas, de ocio, voluntariado.”</i>(E1, 15-19).</p> <p><i>“Considero que los recursos existentes ayudan a la reinserción de la persona, se abordan todas los aspectos de la personas, también el laboral, y son de alta calidad (...).”</i> (E1, 21-22).</p> <p><i>“Es un centro de 24 horas los 365 del año, por lo que la atención a la persona es integral y permanente.”</i> (E1, 53-54).</p> <p><i>“(...) SPAI es un servicio municipal gestionado por ATRA, que tiene programas de atención dirigidos en las tres principales líneas de atención en adicciones, que son: la prevención, el tratamiento y la reducción de daños. Entonces recursos de inserción de personas drogodependientes sería más en la parte de tratamiento, y tenemos un programa de Centro de Día que se llama Programa Libre de Drogas, que es dirigido a personas que han iniciado un proceso de deshabituación. Se incorporan al programa con un tiempo de abstinencia previo para trabajar este mantenimiento de abstinencia y trabajar un cambio de</i></p>

	<p><i>estilo de vida i un cambio de hábitos. Es semejante a Comunidad Terapéutica (...) O actividades como prevención de recaídas, como grupo de autoayuda o actividades deportivas, gestión del tiempo libre... Luego tenemos otro programa que es el programa de inserción formativo laboral, que también es grupal, y que es pues apoyo a las personas en la búsqueda de trabajo, como hacer un currículum vitae..., como presentarse a una entrevista de trabajo, etcétera...” (E2, 8-23).</i></p> <p><i>“(...) hi ha gran qualitat, pensa que no hay un SPAI en todos los municipios, ¿no..?. Centros de Día, no encontrarás nunca en cada municipio, y a más a más un Centro de Día con un programa de atención a jóvenes, especialmente para ellos, con un programa de reducción de daños, que es para personas que están en consumo activo..., en condiciones precarias..., ee... en exclusión social..., es decir, abarca todas las tipologías: adultos, jóvenes, consumidores, no consumidores, inserción laboral... Creo que cubre bastante y que SPAI es un recurso que estaría bien que estuviese en más municipios.” (E2, 47-53).</i></p>
<p>Codi 3: Accessibilitat.</p>	<p>“4.- Diries que hi ha més recursos d’inserció per drogodependències, o en els que es treballi aquesta, gratuïts o de pagament? Com valoraries l’accessibilitat a aquest recursos d’inserció?”:</p> <p><i>“Por lo que se refiere a comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día creo que hay más recursos de carácter público que privado. O por lo menos, que aborden de manera integral todos los ámbitos de la persona.” (E1, 38-40).</i></p> <p><i>“¿Que si hay más recursos gratuitos o de pago? A ver..., este en concreto es gratuito, es un recurso municipal y es gratuito. A nivel de drogodependencias..., claro siempre está el tema que... normalmente y históricamente como no... la administración no se ha hecho cargo a nivel público de los tratamientos como Comunidad Terapéutica, como Centro de Día...como Pisos de Reinserción... Y esta labor la han cogido pues entidades, que han creado sus dispositivos ¿no...? Sobre todo especialmente pues en los años 80, que cogió a todo el mundo desprevenido y había que actuar. Yo creo que están haciendo, las entidades, inmensos esfuerzos por ser lo más accesibles posible, esto hay plazas de coste cero en muchas Comunidades, pero claro, no es sostenible... que en todas las Comunidades tengan este tipo de plazas de coste cero ni que haya todas las plazas en cada Comunidad que sean de este tipo... Lo que pasa es que si que es cierto que ahora se adaptan al baremo de ingresos, es decir que si una persona ingresa en Comunidad Terapéutica y esta cobrado, por ejemplo, una PIRMI, pues se adaptará... e...</i></p>

	<p>bueno que ira siempre... en función de este ingreso, no? ¡Eso es! Claro hay un mínimo, no es lo mismo que si no cobrara nada, porque claro, hay un mínimo de gastos personales en una Comunidad, dile tabaco, ropa... y claro este tipo de gastos, que son gastos básicos personales, si que se han de poder cubrir.” (E2, 57-72).</p>
<p>Codi 4: Treball en xarxa.</p>	<p>“5.- En aquest recurs, quants professionals intervenen en el tractament de cada persona?”: “Un director, un trabajador social, dos psicólogas, 7 educadores, enfermera y psiquiatra. Además un tallerista para el espacio de arte terapia y otra más para yoga.” (E1, 43-44).</p> <p>“A ver, somos un equipo muy pequeño, somos dos personas y porque trabajamos al 120% y a ver, dentro de todos los programas que hacemos somos un equipo de... hay un equipo educativo de dos educadoras sociales, en este caso dos mujeres, (...) luego hay una psicóloga, que lleva también la coordinación y un tallerista que lleva en taller de manualidades y marquetería... somos muy poquitos, pero lo que pasa es que como la atención es grupal, pues también optimizas la atención, luego que aunque... también luego individualmente se haga tratamiento individual cada o terapias, pero bueno, déu ni do, somos poquitos , y no todos a jornada completa..., y bueno... Claro lo ideal, y que es la idea para un futuro, que se está trabajando con la administración, es poder ampliar este equipo, para poder atender incluso a otro perfil de personas, como lo que te comentaba antes, con vulnerabilidad social, con sense llar, o... o personas con fragilidad de vivienda, de salud... que ahora no acceden a otros recursos de máxima exigencia.” (E2, 75-86).</p> <p>“6.- Es treballa en xarxa? En que consisteix aquest treball i la relació entre la xarxa?”: “Somos un equipo de trabajo. Nos reunimos cada lunes y se consensuan las necesidades, adaptaciones, estrategias, etc. para cada usuario.” (E1, 47-48).</p> <p>“Se trabaja conjuntamente en los objetivos de cada usuario. En función de las necesidades de la persona tanto el terapeuta asignado como los educadores acuerdan el plan de trabajo. A nivel físico y psiquiátrico se cuenta con el equipo médico, de la</p>

	<p><i>misma manera que para la gestión de ayudas, derivaciones, etc. con el trabajador social.” (E1, 49-52).</i></p> <p><i>“(...) trabajamos mucho a nivel comunitario y en xarxa con todos los servicios del Prat: con serveis socials, salut mental, (...), CAP... si, se hace un buen trabajo en xarxa. Tenemos la xarxa local de salut mental, que es una taula técnica, en la que participa también gran parte de los servicios y dispositivos de aquí del Prat, como (...), serveis socials, bueno evidentemente salut mental, tanto el centro de rehabilitación como el prelaboral, como el CESMA, el CAP...serveis social... el SIAD, que es el Servei d’Internació i Atenció a la Dona, que hace un trabajo en reuniones bimensuales, porque tienen normalmente su xarxa, pero se llaman para casos concretos, así están vinculados con los diferentes servicios, y se hace un trabajo en profundidad entre los diferentes recursos.” (E2, 27-36).</i></p>
<p>Codi 5: Seguiment.</p>	<p>“7.- Com és o en que consisteix el seguiment del procés o del P. T. I.? Durant quan temps és fa seguiment?”:</p> <p><i>“En nuestro caso concreto, el tratamiento se divide por fases, una fase de deshabitación, una segunda de rehabilitación y una tercera de pre-reinserción.” (E1, 57-58).</i></p> <p><i>“En cada fase del tratamiento se pretende la consolidación de objetivos referentes al ámbito personal, de drogas y relacional.” (E1, 59-60).</i></p> <p><i>“Además cada personas tiene un plan de trabajo individualizado, en función de las potencialidades y necesidades de cada usuario se marcan unos objetivos consensuados a trabajar durante cada fase.” (E1, 61-63).</i></p> <p><i>“El seguimiento del proceso se realiza durante todo el tratamiento. Se basa en la valoración por parte del usuario, del resto del grupo y de los profesionales del grado de consolidación de los objetivos marcados. (E1, 64-66).</i></p> <p><i>“Además del seguimiento a nivel psicológico, comportamental, familiar, orgánico, etc... “(E1, 67).</i></p> <p><i>“(...) por ejemplo, el programa de jóvenes seria individual ya de por sí. I los que son grupales, el Programa Libre de Drogas, el</i></p>

de Inserción Laboral o el de Calor i Café... en concreto, el Programa Libre de drogas, que es el de Tratamiento de Centro de Día, normalmente puede ser, sobre todo en función de la evolución o de persona, piensa que aquí es el día a día, lo que trabajamos es el día a día, las dificultades que vayan surgiendo... claro a lo mejor no hay una contención tan grande, como puede haber en comunidad terapéutica, ellos cada día se van a su casa, están en su entorno... Entonces cada día cuando entran por la puerta, a las 9 de la mañana, nosotras siempre les decimos claro, cualquier cosa importante, sea, evidentemente, una recaída..., sea una dificultad..., algo que te haya pasado que se tenga que trabajar..., a las 9 de la mañana al profesional que haya en ese momento con el grupo... tu... **explica, ¿no?** Si si ¡explica!, explica y lo hablamos...” (E2, 89-100).

“Un poco pues eso, en función de la necesidad de cada persona, de la evolución de si se tiene que trabajar algún tema en concreto... Hacemos tutorías quincenales... Si s'han d'espaiar més en el temps doncs s'espaien, porque llevan una evolución más estable, y al contrario, si se tiene que incidir más pues se incide más. Puedes tener tres con una persona en una semana, tres tutorías, y con otra igual hace dos semanas que no nos sentamos. A parte que, como también damos la medicación a nivel individual, pues en ese momento de la medicación también aprovechamos para comentar cosas que puedan ser importantes...” (E2, 101-107).

“El tratamiento a nivel de Centro de Día es un mínimo de seis meses y un máximo de un año. Depende también de la valoración de la evolución de cada persona... Seis meses es lo mínimo porque es el tiempo mínimo para poder hacer un cambio real, ya que un cambio en el estilo de vida no se hace en un mes, ni en dos, ni en tres... i en 6 meses, bueno...ya... ¡estas empezando!, ¿no..?. Pues bueno, sí que ponemos un mínimo de 6 meses, que el 90% de los casos es más, depende de la persona... de cómo va su tratamiento... de si está de baja laboral... Si que tuvimos un caso que estuvo seis meses, que le dieron la baja en el trabajo por su problema con el alcohol... entonces bueno estuvo sus seis meses, hizo una evolución y un tratamiento impecables y a los seis meses volvió a su trabajo. Tiene un seguimiento quincenal, también para poder acompañarlo en esta nueva etapa pero muy pocos casos, normalmente están un año.” (E2, 110-120).

	<p>“8.- Des d’aquí es fa seguiment posterior a l’alta?”:</p> <p><i>“Desde la Comunidad como tal no se realiza el seguimiento pero si desde ATRA. Donde además los usuarios pueden formar parte del grupo de autoayuda, asistir al plan de soporte a la vida autónoma o al de habilidades sociales.” (E1, 69-71).</i></p> <p><i>“Si, pasan al Programa de Suport a la Vida Autònoma. El Programa de Suport a la Vida Autònoma, es este seguimiento y acompañamiento individualizado, ya con la persona ha salido del programa de tratamiento, ya con el alta terapéutica. I luego por supuesto, importantísimo, continúan con el seguimiento en el CAS. Es que el acabar aquí el tratamiento de Centro de Día, no quiere decir que finalice todo su seguimiento, ya no solo aquí sino en el centro derivador.” (E2, 123-128).</i></p>
<p>Codi 6:</p> <p>Professional referent.</p>	<p>“9.- Quin paper té el professional referent de la persona en el cas? Creu que és útil tenir un professional referent? Per què?”:</p> <p><i>“En nuestra comunidad los usuarios tienen una terapeuta asignada. A nivel de terapia individual es importante, por no decir imprescindible para poder crear un clima de confianza y poder realizar un trabajo a nivel psicológico.” (E1, 74-76).</i></p> <p><i>“(…) los usuarios pueden y deben dirigirse a cualquier educador dado que todos y cada uno estamos al corriente de los objetivos que se pretenden trabajar y en las circunstancias que rodean al usuario.” (E1, 77-79).</i></p> <p><i>“(…) pretende dar una atención 24 horas. Sin necesidad de tener que esperar a su tutor, o no poder ser atendido si este estuviera de vacaciones o enfermo.” (E1, 80-81).</i></p> <p><i>“El profesional referente aquí somos dos, clarísimamente.” (E2, 136)</i></p> <p><i>“(…) lo ponemos todo sobre la mesa, y todos decidimos, pero los referentes seríamos educadora y psicóloga, entre las dos, siempre es mano a mano.” (E2, 138-140).</i></p>

Codi 7:

Acompanyament.

“10.- Com s’entén des d’aquí l’acompanyament? Quina importància i elements essencials té?”:

“El acompañamiento a los usuarios se realiza durante todo el tratamiento. Se trata de potenciar la vida autónoma sin dependencias a sustancias, a emociones, etc. Que la persona tome sus propias decisiones, acordes a su situación personal, realista. Planteando o reformulando aspectos y actitudes que debe trabajarse durante el día a día en comunidad.” (E1, 84-87).

Pues aquí el acompañamiento es el día a día. (E2, 144).

“Pero el acompañamiento viene desde... poner sobre la mesa todo, esto es lo que siempre les decimos: pensad que nosotros estamos aquí para... un equipo de profesionales cada día para apoyaros y para ayudaros en lo que necesitéis... Por lo tanto, el acompañamiento...mm... ¿cómo lo entendemos? Pues el estar ahí... sobre todo el hacerles ver que han de contar, o pueden contar, con nosotros... y que si realmente quieren aprovechar, pues que el apoyo está ahí. En el sentido de que... el acompañamiento lo basamos sobre todo en la confianza... si tú nos explicas x cosas y no nos explicas otras... pues el apoyo que te demos... será a medias. Y esto es algo que siempre dejamos claro. Acompañamiento, pues cercano, pero al mismo tiempo con muchos límites. La importancia de poner los límites, de aquí hay unas normas, una exigencia, porque estamos hablando de un programa de Centro de Día que es un programa de máxima exigencia... hay que cumplir, evidentemente, con la asistencia... con unas normas de convivencia... porque no estamos aquí todo el día, pero estamos cinco horas al día y hemos de poder convivir. Siempre les decimos, que es como un entrenamiento de cara a... bueno es que todas las situaciones que se vivan aquí, tienen un equipo para poder trabajarlas, y luego poder aplicar-las fuera.” (E2, 146-161).

• “Es fa un acompanyament professional en l’acollida i l’adaptació al recurs? Per què?”:

“El proceso de adaptación y prueba es de vital importancia, dado de que se produce un cambio drástico en la vida de la persona que decide entrar en comunidad. Se pasa a una convivencia con 30 personas más, aproximadamente, donde deben adaptarse a un normativa, crear un vínculo tanto con los compañeros como con el equipo de profesionales, mantener la abstinencia, retomar una rutina y hábitos de salud.” (E1, 90-94).

“En este primer mes, además de la terapia individual, tiene grupo de acogidos, donde exponen sus dudas, temores, inquietudes al profesional y explican cómo se sienten. El espacio de organización para que hagan una primera toma de contacto con los documentos que van a tener que ir realizando a lo largo del mes (presentación, motivo de ingreso, primera impresión de la casa, presupuesto, etc.), tutorías de primer mes, donde se abordan temas tales como las actitudes de cambio, las motivaciones para hacer tratamiento, las bases de una buena comunicación y relación, la diferencia entre amistad, compañerismo y colegueo, el tipo de relaciones que deben mantener en comunidad, etc. Además, también hacen el grupo de HHSS.” (E1, 95-103).

“(...) le acoge todo el grupo, todo. Todo lo hacemos juntos, todas las actividades están pensadas en grupo (...)” (E2, 168-169).

“(...) absolutamente todo el grupo, acoge a la persona, el grupo y el equipo. Luego a la semana, normalmente, nos sentamos o individualmente o en grupo, para, bueno, pues hablar sobre que tal la primera semana... ¿cómo lo llevas...? ¿Cómo te sientes...? ¿Qué te parece...? ¿Qué te esperabas...?” (E2, 170-173).

• “Es fa acompanyament al finalitzar el tractament o en els processos de canvi de recurs?”:

“Durante la fase de pre-reinserción se realiza un acompañamiento y asesoramiento al usuario. De la misma manera que en el cambio de recurso, por ejemplo, aquellas personas que deciden ir a piso terapéutico, tienen citas acordadas desde comunidad para visitar los pisos, ir a conocer los recursos, etc.” (E1, 106-109).

“Si la persona decide no ir a piso, desde comunidad, cuando la persona se ha ido de alta no se realiza ningún acompañamiento, no obstante puede adherirse al plan de soporte a la vida autónoma de nuestra entidad desde donde se le ayuda y acompaña en su proceso de inserción.” (E1, 110-113).

Codi 8:

Recaigudes.

“ 11.- Com definiries que és una recaiguda? Per què diries que es produeixen la majoria de les recaigudes posteriors a finalitzar un procés de tractament?”:

“Es un retroceso en el cambio de la persona, se vuelve a los pensamientos y comportamientos característicos de la conducta adictiva. La vuelta al estilo de vida previo. Muchas veces, esta recaída se debe a la falsa seguridad de la persona, a la falsa creencia de ya estar bien y poder manejar la situación. A la falta de autocontrol y de recursos para afrontar situaciones complejas para la persona.” (E1, 116-120).

“Bueno... porque uno... se confía y baja la guardia. Bueno, que conste que en Centro de Día no es tan común ee..., que pase justo al final... Si que pasa, por supuesto, pero no es especialmente común. ¿Porque? Porque ellos ya están acostumbrados a vivir en su entorno, por lo tanto, la situación de riesgo no es tan grande como otros recursos residenciales, cuando tienen el alta terapéutica. A pesar de trabajar, como en Comunidad, que se trabaja el alta, las salidas con proyecto, un tal... Y se trabaja mucho porque realmente es una situación de riesgo.” (E2, 176-182).

“Entonces las recaídas en Centro de Día, al final de tratamiento son pocas, pocas porque la situación de riesgo no es tan grande, pocas pero sí que las hay. Por eso nosotros insistimos muchísimo, desde el momento cero, desde la primera entrevista de valoración, antes de incorporarse al programa, es que es una enfermedad crónica, y cuando finalices el tratamiento no estarás curado, estarán preparado, o más preparado que ahora, para poder aprender a vivir abstinente, para poder aprender a vivir con la enfermedad y poder tener una vida satisfactoria y normalizada. Porque muchas veces sucede esto, bueno me dan el alta, ya estoy curado y bueno... toda persona con un problema de adicción tiene o ha tenido en su vida la ilusión o la fantasía de poder algún día volver a consumir, y no pasarse... Y esto no es real, y esto lo trabajamos muchísimo. Bueno llegara un día que tendréis el alta, pero esto se ha de seguir trabajando, esto no acaba aquí.” (E2, 186-196).

*“(...) una recaída, bien trabajada, es un aprendizaje. No trabajada... bueno... Pues una recaída no trabajada que acaba e consumo activo pues bueno... **Un retroceso ¿quizá?** Si en cierto modo si puede ser un retroceso, pero siempre la*

	<p>experiencia es un grado, cuantas más recaídas, más sabes a lo que te enfrentas. Recaída: parte del proceso de recuperación, porque no hay recaída si no hay abstinencia...” (E2, 198-202).</p>
<p>Codi 9: Normalització social.</p>	<p>“12.- A quin nivell cobreixen els serveis de salut públics les necessitats de la drogodependència en comparació amb altres malalties? Per què creu que passa això?”:</p> <p>“Creo que en la actualidad, al mismo nivel. El sistema sanitario está poco dotado de recursos económicos, de personal, etc. y no se hace el seguimiento constante y continuo que cabría esperar. Creo que el hecho de tener recursos especializados, como centros de reducción de daños, comunidades terapéuticas, centros de día, centros de atención y seguimiento es significativo, en el sentido de que se atiende desde el sistema a la enfermedad.” (E1, 124-128).</p> <p>“(…) ahora cada vez mas... pero bueno aún queda mucho. Las propias personas que lo padecen ni siquiera saben que es una enfermedad. A parte de los sentimientos de culpa, de vergüenza... porque está el estigma y el machaque de siempre de bueno... <<pero esto es porque tú has querido y apañatelas tu, y si no puedes..., si no lo haces es porque no te da la gana>>. Luego porque también, a nivel social y de institución pues hasta hace poco no se consideraba una enfermedad, ha sido tabú, y de lo que no se haba no existe y... bueno... Ahora cada vez menos, pero hay dos grandes tabús en nuestra sociedad, el sexo y las drogas. El sexo, ahora cada vez menos, ya se puede hablar de sexo sin ruborizarnos o sin...pero bueno, las drogas todavía queda camino... Y luego, también hay una gran diferencia entre hombre y mujeres, también por un tema social. Las mujeres son más de consumo de puertas para adentro, cuesta más el pedir ayuda. Normalmente, los que acuden al programa del Centro de Día más del 50% hombres, como un 70% o 80%, son hombres, más bien un 80, porque las mujeres se esconden más. Si ya está mal visto a nivel de población general, a nivel de mujer aún está peor visto.” (E2, 215-228).</p> <p>“(…) creo que se debería de hacer más... Porque bueno, hay recursos para otros problemas de salud que están más claros, pero yo creo que va asociado al estigma que siempre han tenido las adicciones. Las drogas siempre han sido un tema tabú, no se han sabido tratar de la manera adecuada, no se han considerado una enfermedad, por lo tanto, si no se considera una</p>

enfermedad ¿para qué voy a poner un tratamiento? ¿No...?” (E2, 206-211).

“13.- Diries que la drogodependència està normalitzada com a malaltia comú dins del circuit de salut? És considerada com una malaltia més? I la inserció, creus que està normalitzada i acceptada socialment? O encara hi ha estigma?”:

“Dentro del circuito de salud está normalizada, pero aún hay bastante desconocimiento.” (E1, 132).

“Creo que se considera una enfermedad más.”(E1, 133).

“La inserción no está normalizada ni aceptada. Desde el momento en el que gran parte de la sociedad no lo considera una enfermedad, dificulta esta aceptación. También en función de los consumos se pueden observar diferencias. Pese a todo aún hay un estigma social importante aunque va disminuyendo, lentamente, pero disminuyendo.” (E1, 134-137).

“(...) no tanto como en salud mental. No, no. Pues puede ser..., puede ser esta mentalidad de bueno... las personas con salud mental, pues bueno...tienen este problema pues porque les ha tocado, ¿no?, pero las personas que tienen el problema este... pues se lo han buscado. Pero, en cambio, con las personas que tienen un problema de diabetes tipo 2, que de alguna manera se lo han buscado, es una enfermedad adquirida a lo largo del tiempo, con malos hábitos de alimentación... poco ejercicio físico... etcétera. Pero no se les criminaliza de la misma manera.” (E2, 230-236).

“14.- Quina opinió té, en quant a normalització social, de l'actual circuit i serveis adreçats al tractament i reinserció de les persones drogodependents?”:

“Aún hay mucho desconocimiento en el ámbito de las adicciones. Muchas personas intentan reinsertarse pero omitiendo que tienen una adicción por el estigma social existente.” (E1, 140-141).

“No, creo que muy poco, pero muy poco. Aquí en SPAI tenemos el Servei d'Atenció i d'Assessorament, que es precisamente

para eso, para cualquier persona del Prat, tenga un problema de adicción o no, que quieran información (...)" (E2, 240-242).

"no no, muy poca gente sabe, muy poca gente. A no ser que le haya tocado de cerca, sino ya no se preocupan por mirarlo..." (E2, 243-344).

"15.- Veu positiu i possible que la drogodependència arribi a ser tractada des del CAP? O qui i a on, amb la intenció de normalitzar-la socialment, deuria de tractar la malaltia?"

"Creo que la primera toma de contacto, cuando se acude a un centro de salud público es con el médico de familia. Así que tiene que ser tratada en primera instancia desde el CAP y ser derivado al especialista pero como con cualquier otra enfermedad." (E1, 145-147).

"(...) si que se están haciendo programas... en concreto, hay uno que (...) que lo llevan las áreas básicas de salud, pero que es más enfocado en la bebida, como droga más normalizada ¿no? Como droga legal... que no esta tan asociada a la delincuencia... a la marginalidad... y que se está tratando de alguna manera desde los CAP. Sobre todo un poco a nivel de prevención... de reducir consumo... y asesorados pues desde CAS también. Porque es importante también esta coordinación ¿no? CAS-CAP. Y bueno... yo creo que las adicciones es un problema de salud mental, específico y especial...y diferente, pero no deja de ser un problema de salud mental, por lo tanto tendría que estar también atendido desde este punto de vista." (E2, 248-256).

"16.- Quan una persona inicia un tractament a causa de la seva drogodependència i demana la baixa laboral, ha de comunicar els motius de la baixa a l'empresa? Que s'hauria de prioritzar la confidencialitat o la normalització de la malaltia?"

"Al igual que con cualquier otra enfermedad creo que debe prevalecer la confidencialidad de la persona. Pese a que las adicciones estuvieran más normalizadas considero que prevalece el derecho individual. Al igual que en la baja médica no consta el motivo en cualquier otra enfermedad, tampoco debe aparecer en el caso de las adicciones." (E1, 151-154).

	<p><i>“(...) es que no está normalizado (...)” (E2, 261).</i></p> <p><i>“(...) no todas las personas saben que es una enfermedad, no todas las personas lo entienden... Pero bueno como pasa también con otras enfermedades, por desgracia. En el momento en que un trabajador que tiene una enfermedad dicen: ¡ui ui ui ui ui! (...) cada caso en particular se ha de valorar... hay quien lo explicará y quien no, pero claro... (...) Lo que pasa que con el tema de las drogodependencias... pues bueno... El caso este, por ejemplo, del que te he hablado antes, era claramente una baja por este problema, en concreto la empresa le dijo: tú te tienes que poner en tratamiento, sino no podrás volver a trabajar. Pero casos de estos pocos ee...” (E2, 261-271).</i></p>
<p>Codi 10:</p> <p>Obstacles</p>	<p>“17.- Quins obstacles diries que es presenten en la inserció social i laboral de persones drogodependents?”:</p> <p><i>“En primer lugar, la situación económica del país. Si ya es complicada para toda persona que no tenga empleo, aún más para personas que han estado sin trabajar largas temporadas.”(E1, 157-158).</i></p> <p><i>“Por otra parte el desconocimiento de la enfermedad puede llevar a que muchas empresas descarten a una persona por haber sido adicto en algún momento de su vida.”(E1, 159-160).</i></p> <p><i>“Socialmente hablando, creo que se avanza en la normalización, pero muchas personas aún asocian la adicción a delincuencia.”(E1, 161-162).</i></p> <p><i>“(...) el estigma, el poco conocimiento (...)” (E2, 275).</i></p> <p><i>“(...) la ignorancia, por parte de las personas del contexto, del entorno... También a veces también la familia no... bueno está muy quemada... o con toda su buena intención hacen una serie de intervenciones que no son favorables para el tratamiento. Por eso también desde aquí se hace esa atención familiar. Es muy importante tener en cuenta a la familia, en la medida que</i></p>

	<p><i>la familia pueda aportar cosas positivas e incluso poder bajar un poco el estrés y el sufrimiento que implica.”(E2, 275-280).</i></p> <p><i>“¡cambiar de vida!” (E2, 281).</i></p> <p><i>“¿La confianza? Si, la confianza, y renunciar, cuando uno deja de consumir y quiere trabajar el mantenimiento de la abstinencia tiene que renunciar a muchas cosas, implica renuncia. Renuncia pues a cosas que... igual no están directamente asociadas con el consumo pero si están asociadas a su época de consumo.”(E2, 282-285).</i></p> <p><i>“(...) la confianza en uno mismo, la vergüenza... bueno... el vivir con una enfermedad crónica, ¿no? Sí, que es para siempre ¿no? Exacto, no... no sé si voy a poder mantener esto siempre ¿no? mantener esta abstinencia o... es esa sensación de vulnerabilidad y fragilidad.” (E2, 286-289).</i></p>
<p>Codi 11: Necessitats</p>	<p>“3.- Creus que amb els recursos existents és cobreix la necessitat actual en inserció social? O diries que falta algun tipus de recurs?”:</p> <p><i>“Creo que en los centros de día, donde la persona puede hacer un trabajo más ambulatorio, se trabajan las áreas sanitarias, psicológicas, socioeducativas y de integración sociolaboral de manera genérica, dada la falta de recursos y personal. Considero que se deberían realizar planes personalizados, adecuados a cada persona y un seguimiento más individualizado.” (E1, 26-30).</i></p> <p><i>“Faltan en número tanto centros de día como pisos terapéuticos. También potenciaría la creación de grupos o espacios de autoayuda en los centros de atención y seguimiento sobre todo en prevención de recaídas.” (E1, 32-34).</i></p> <p>“18.- Destacaries alguna necessitat o mancança en la inserció social? Com podria ser la necessitat d’anar un esglaió més amb un servei, per exemple, de seguiment i acompanyament, a llarg termini, especialitzat en la inserció, que estigues inclòs en una xarxa més normalitzada socialment?”:</p> <p><i>“Mayor información y formación social. Creo que nadie está libre de padecer una adicción y cada día más personas son</i></p>

	<p><i>adictas aunque no haya sustancia de por medio. Actualmente, los móviles, las redes sociales, los video juegos, etc. Los patrones de comportamiento, actitudes, repercusiones y estilos de vida que se llevan a cabo son los mismos que los de las personas que ingieren sustancias.” (E1, 167-171).</i></p> <p><i>“(…) esto el CAS, hace un seguimiento a largo plazo, o normalmente es así... hasta los dos años de abstinencia no te dan el alta (…)” (E2, 293-294).</i></p> <p><i>“(…) normalmente, cuando a una persona se le da el alta, es porque ya se ha ido trabajando todo esto, pero... la vida da muchas vueltas... no es plana ¿no? siempre hay momentos buenos, momentos malos... Y para esos momentos malos, que son situaciones de mayor riesgo, como no se... cosas que no puedes controlar... pues la muerte de un familiar o un ser querido...e... una separación, un accidente... bueno... este tipo de cosas que dices: ¡ey...! ¡Aquí estamos!” (E2, 300-305).</i></p>
<p>Codi 12: Propostes d’innovació</p>	<p><i>“19.- Creu que seria d’utilitat el seguiment de la vesant de salut des de la sanitat pública, considerant-se així una malaltia crònica més? I que la vesant social, per exemple, de la mateixa manera que, a través d’una base de dades, a les dones al voltant dels 50 anys els hi arriba una carta informant i recomanant les revisions mamaries, i als homes les proves de càncer de còlon, doncs a aquestes persones podria haver-hi un servei que els oferís un lloc de contacte amb el circuit de tractament de la malaltia, on poder assistir a teràpia psicològica, a grups d’ajuda mútua, a un Itinerari Personalitzat d’Inserció amb una educadora de referència, tot de manera voluntària, i amb el pas del temps que fos cada cop més esporàdicament.”:</i></p> <p><i>“La trataría como una enfermedad crónica pero con matices, es decir, habrá personas a las que no les haga falta acudir más a centros de atención y seguimiento, a comunidades, a pisos, pero posiblemente quieran realizar un seguimiento psicológico o bien ir a grupos de ayuda. Actualmente en los CAS se realizan estos grupos y en otras entidades como AA, NA, grupo de antiguos residentes.” (E1, 182-186).</i></p>

“Creo que cada persona tiene unas circunstancias y entorno diferentes con más o menos apoyos y en función de esto también se le pueden plantear más o menos necesidades.” (E1, 187-188).

“A aquellas personas que vengan de un entorno social más desestructurado seguramente les iría bien un apoyo más intensivo.” (E1, 189-190).

“Sería interesante que se pueda recurrir a un educador de referencia para acompañar a la persona en su proceso de reinserción. Creo que podría formar parte de los diferentes CAS para poder orientar a nivel laboral, formativo, de alternativas de ocio, voluntariados, etc.” (E1, 191-193).

“Pues sería muy normalizador, si, lo veo bien y creo que sería útil” (E2, 313).

“20.- Finalment, creu que un servei d’aquestes característiques, que fos únicament de seguiment, assessorament, suport a la inserció social i en un moment donat com a punt de socors, que fos més voluntari, eventual i menys sanitari que un CAS (Centre d’Atenció i Seguiment)”:

• *“Seria d'utilitat pels destinataris del nou servei?”:*

“Sí, sería de mucha utilidad.” (E1, 199)

“Si... pero depende, habría que trabajarlo muy mucho, pero una vez se normalice...podría funcionar.” (E2, 327-328).

• *“Podria ser més acceptat per les persones drogodependents?”:*

“Sí, creo que para las personas que han decidido pedir ayuda y poder salir del problema cuantos más recursos se les ofrezcan mejor atendidos se sentirán.” (E1, 201-202).

• *“Seria una manera de normalitzat i integrat socialment i sanitàriament a aquestes persones?”:*

“No necesariamente. Es un recurso únicamente para personas con esta problemática, lo que los distingue del resto de la sociedad. Sería una forma de abarcar más necesidades y dar respuesta las carencias de puedan tener los recursos existentes.” (E1, 205-207).

• “Milloraria l’eficiència i l’impacte del tractament que han rebut aquestes persones? I la seva qualitat de vida?”:

“Sí, mejoraría notablemente.” (E1, 210).

• “Quines altres avantatges o inconvenients podria haver-hi?”:

“Pienso que todo serían ventajas. Siempre y cuando se potencie la autonomía de la persona. Es decir, se le dé una orientación y se le ayude a solventar dudas, pero si desde este tipo de servicios se le tramita todo al final las personas se acaban acomodando.” (E1, 212-214).

“pero que pasa... que también, muchas veces las personas que, por ejemplo, si llevan 10 años, 5 años, 8 años... o incluso 20... abstinentes, pues depende de cómo no quieren volver a pensar en eso, o volver a sentirse enfermos... entonces aquí, lo veo muy normalizador a la hora de poder tratar la enfermedad como lo que es, una enfermedad crónica, desde la aceptación... pero que luego tuviese éxito...mm...no lo sé... no lo sé... veo esas trabas de que bueno... muchas personas no quieren luego volver a recordar... que también es un error ee... pero también depende mucho de en qué momento de la vida esté.” (E2, 313-320).

“21.- Coneix alguna experiència d’un tipus de servei semblant al que plantejo? Quins són els resultats obtinguts?”:

“Lo único parecido que se me ocurre son los delegados judiciales en el ámbito de prisiones donde se realiza un seguimiento de las medidas alternativas.” (E1, 217-218).

“¿conoce alguna experiencia de tipo similar a esta...? Bueno si... la de los grupos de autoayuda y esto que me has comentado ¿verdad? (Codi 12) Si, esto que te comentaba... lo que pasa que no es desde lo público...” (E2, 329-331).

“22.- Proposaries alguna innovació en recursos, accions o programes en quant a normalització de la malaltia i inserció social i laboral?”:

“Posiblemente la firma de convenios con empresas para poder insertar laboralmente y por otra parte el pago mínimo o subvención en diferentes centros cívicos, gimnasios, actividades, etc.” (E1, 221-223).

“(...) una cosa que pienso que se debería de... de plantear, y lo hemos hablado con el CAS y se ha hecho así alguna vez... es después de Comunidad Terapéutica, si hay la posibilidad, en el propio municipio, porque no siempre la hay, o donde vuelva la persona... hacer tratamiento en Centro de Día, durante x tiempo para poder trabajar esa vuelta al entorno.” (E2, 182-186).

“Yo creo que... importante, ya no es tanto la integración de la persona, ¡que también! Sino hacer más trabajo de sensibilización, que se hace poquito... Que tampoco es innovación... con esta idea no estoy innovando, pero dentro de esta idea se puede innovar. Sabe lo que quiero decir... que en esta línea de sensibilización... de normalización... como enfermedad... ¡como lo que es!, sí que se podría trabajar mucho más. Y creo que es una silla, que ahora mismo, está coja ¿no? y que es un trabajo que también... es nuestro trabajo, el de los profesionales que nos dedicamos a este ámbito... también trabajo de las propias personas que padecen la enfermedad... y luego, evidentemente, pues de las instituciones... y de las entidades públicas, y privadas.”(E2, 336-341).

“(...) sí, pues en tema prevención y sensibilización, por ejemplo, un residente de La Coma, en una pregunta similar de un cuestionario, me contesto mm... ¿cómo era...? más como... como si fuera coaching... en las escuelas. ¡No, perdón, inteligencia emocional puso! Bueno, esto sí que ahora se está trabajando mucho, trabajar y potenciar capacidades, recursos personales..., como puede ser... pues esto, la inteligencia emocional, la asertividad... lo que es la negociación, la autoimagen, el autoconcepto... la imagen corporal, también, la capacidad crítica... Hay un programa, que es el programa Adolescencia y Salud, que se hace desde Salut Pública i Consum, de aquí del ayuntamiento, y tiene una

	<p><i>programación así (...) y el tema adicciones también se trata abierta y directamente.”(E2, 345-356).</i></p> <p><i>“(...) el servei de joventut d’aquí del Prat, hace poquito, el mes pasado, puso una psicóloga del servicio haciendo un curso que duró 8 días sobre inteligencia emocional. Y... ¡y tanto! Que es fundamental a nivel de prevención y sensibilización.” (E2, 358-361).</i></p>
--	---

7.2.4. RESULTATS DE L’ENTREVISTA AL PROFESSIONAL DE SALUT

Taula 8: Resultats de l’entrevista al professional de salut.

CODIS	RESULTATS EXTRETS (Annex 11)
Codi 9: Normalització social.	<p>“1.- Sota la seva perspectiva i experiència professional, diries que la drogodependència està normalitzada com a malaltia comú dins del circuit de salut? És considerada com una malaltia més?”:</p> <p><i>“(...) no estan considerades com qualsevol altra malaltia físico-biològica... com pot ser... no se... la HTA o la Diabetis. Aquestes malalties son d’origen sistèmic i creen molta confusió i desconeixement per part dels propis professionals sanitaris. No és considerada una malaltia més, i no pot ser així... perquè... les variables que l’envolten són de caire molt divers... son socials, psicològiques, individuals...” (E3, 4-8).</i></p> <p>“2.- I la inserció, creu que està normalitzada i acceptada socialment? O encara hi ha estigma?”:</p> <p><i>“No pot estar normalitzada, perquè... la població atribueix la responsabilitat de la malaltia e... única i exclusivament a la persona que la pateix. I no es té en compte la importància de l’enfocament social i l’aspecte... multifactorial de la malaltia. Simplement, s’exclouen aquestes variables... i... s’aïlla a la persona, amb comentaris com... <<si és drogoaddicte és perquè</i></p>

s'ho ha buscat>>” (E3, 11-15).

“3.- A quin nivell cobreixen els serveis de salut públics les necessitats de la drogodependència en comparació amb altres malalties?”:

“(…) a nivell de prevenció terciària, per exemple... com quan la persona precisa d'ajut de medicaments per superar l'addicció... I també amb la prevenció primària, tot i que s'està fent èmfasi en les conseqüències del consum de drogues, amb anuncis com el de <<la droga mata>>... i, des del meu punt de vista, aquest tipus de persuasió social no provoca canvis d'actituds...” (E3, 18-22).

“(…) a nivell hospitalari, aquests pacients estan... estan sotmesos a altes dosis de medicació, com sedants... o ansiolítics... que no permeten, moltes vegades, l'abordatge psicològic de la malaltia...” (E3, 31-33)

“4.- Veu positiu i possible que la drogodependència arribi a ser tractada des del CAP? O qui i a on, amb la intenció de normalitzar-la socialment, deuria de tractar la malaltia?”:

“Sí, s'hauria de tractar des del CAP, ja que és el centre de salut més pròxim a la persona... però clar... cal formar i sensibilitzar molt als professionals en quant a repercussió i amplitud, social, de la malaltia...” (E3, 26-28).

“5.- Quina opinió té, en quant a normalització social, de l'actual circuit i serveis adreçats al tractament i reinserció de les persones drogodependents?” :

“(…) no conec tot el circuit existent...” (E3, 31).

“10.- Per acabar, una última pregunta, aquesta bàsicament per curiositat. Quan una persona inicia un tractament a causa de la seva drogodependència i demana la baixa laboral, ha de comunicar els motius de la baixa a l'empresa? Que s'hauria de prioritzar la confidencialitat o la normalització de la malaltia?”:

“Sempre, la confidencialitat de la persona per davant de tot. Si està de baixa... no està posant en perill ni la seva vida ni la dels altres, per tant... no cal... no cal divulgar aquesta informació.” (E3, 89-91).

Codi 12:

Propostes
d'innovació

“6.- Creu que seria d'utilitat el seguiment de la vesant de salut des de la sanitat pública, considerant-se així una malaltia crònica més? I que la vesant social, per exemple, de la mateixa manera que, a través d'una base de dades, a les dones al voltant dels 50 anys els hi arriba una carta informant i recomanant les revisions mamàries, i als homes les proves de càncer de còlon, doncs a aquestes persones podria haver-hi un servei que els oferís un lloc de contacte amb el circuit de tractament de la malaltia, on poder assistir a teràpia psicològica, a grups d'ajuda mútua, a un Itinerari Personalitzat d'Inserció amb una educadora de referència, tot de manera voluntària, i amb el pas del temps que fos cada cop més esporàdicament.”:

“(...) si funcionés, seria ideal... però... calen més recursos sanitaris i econòmics, clar. Partint de la base que és una malaltia que crea cert rebuig social... i discrimina a les persones afectades...” (E3, 44-46).

“Però, sí, perquè l'enfocament sistèmic de la malaltia... e... com t'he comentat abans... ha de ser precisament així, multifactorial. De no ser així... el fracàs del tractament està garantit.” (E3, 47-49).

“7.- Creu que un servei d'aquestes característiques, que fos únicament de seguiment, assessorament, suport a la inserció social i en un moment donat com a punt de socors, que fos voluntari i eventual”:

• “Seria d'utilitat pels destinataris del nou servei?”:

“Sí... però no crec que pugui ser només eventual... ha de ser un seguiment crònic i per tota la vida. Perquè... es que estem parlant d'una malaltia crònica... que ens agradi o no, té recaigudes... i aquestes formen part del procés de curació... però clar, controlades i supervisades... I que... sobretot, s'ha de tenir en compte que... per aquests tipus de serveis calen professionals preparats i formats.” (E3, 53-57).

• “Podria ser més acceptat per les persones usuàries?”:

“Crec que sí... Sempre i quan estiguin ben informades.” (E3, 59).

• “Seria una manera de normalitzat i integrat socialment i sanitàriament a aquestes persones?”:

“Sí... però primer els usuaris han de prendre consciència per si mateixos de la pròpia malaltia... i decidir... si volen o no fer un tractament o seguiment. Es bo que sigui voluntari, perquè si se'ls imposa... o no en són conscients... serà un fracàs... però té els seus riscos...” (E3, 62-64).

• “Milloraria l'eficiència i l'impacte del tractament que han rebut aquestes persones? I la seva qualitat de vida?”:

“Si la motivació i el canvi ve dels propis usuaris sí... però si acaba sent una eina de control... no.” (E3, 67-68).

• “Quines altres avantatges o inconvenients podria haver-hi?”:

“(...) un avantatge... e... que es faria un abordatge integral. I inconvenients... que existeix el risc de... que ho duguin a terme professionals no entrenats.” (E3, 70-71).

“8.- Coneix alguna experiència d'un tipus de servei semblant al que plantejo? Quins són els resultats obtinguts?”:

“(...) no. Sincerament... no.” (E3, 74).

“9.- Proposaries alguna innovació en recursos, accions o programes en quant a normalització de la malaltia i inserció social i laboral?”:

“(...) la clau és, el treball des de les escoles i els centres de salut... S'ha de treballar per la formació de persones que estan treballant amb persones. I als mestres, formar-los perquè siguin figures capaces de... de detectar precoçment el consum. I més formació, també, a pares i a sanitaris.” (E3, 77-80).

“(...) en quan a la normalització... doncs... com qualsevol altra malaltia amb un fort component psicològic. S'hauria de... és a dir, que cal formar a la població de la existència... de la simptomatologia... i també dels recursos disponibles per abordar-la... perquè no... no es coneixen...” (E3, 81-84).

8. ANÀLISI I DISCUSSIÓ

Per arribar als objectius plantejats, s'han establert els codis de referència, exposats anteriorment, per extreure i classificar la informació rellevant. A través de l'anàlisi, i contrast amb la teoria, de tota la informació extreta de cada codi, s'extrauran les posteriors conclusions. Per tant, a continuació es farà l'anàlisi crític vinculant definicions, informació i dades teòriques, informació extreta de les entrevistes a tots els professionals i informació extreta dels qüestionaris a persones usuàries i a societat general.

QUANTITAT DE RECURSOS:

Primerament, en relació a quantitat de recursos pròpiament d'inserció, o que tracten la mateixa (Codi 1), la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya presenta, entre Pisos d'Inserció, Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), Comunitats Terapèutiques i de Centres de Dia, un total de 110 equipaments a Catalunya. D'aquests, al voltant d'uns 74 són a Barcelona província, i uns 46 d'aquests, al Barcelonès (Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos d'Inserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya, coordinadrog.org).

Tenint en compte la quantitat de recursos existents al territori, resulta rellevant comentar que el 50% de la població general enquestada no coneix cap d'aquests recursos, i l'altre 50% que sí que en coneixen, només coneixen de 2 a 4 recursos (Gràfic 1). Amb aquest nivell d'informació no és d'estranyar que el 57,69%, cregui que els recursos existents no són suficients, i un 34,6% no s'arrisquin a decantar-se (Gràfic 2). Tot i així, les persones usuàries dels serveis, que es pressuposa, estan més informades sobre els recursos existents, en un 45,45%, també creuen que aquests no són suficients, encara que afirmen que no els hi ha costat trobar-ne. Més un 18,18% que també creu que no són suficients, però a aquests, a més, si els hi ha costat trobar recursos d'inserció. D'altra banda, hi ha un 27,27% que no els hi ha costat trobar recursos d'inserció i creuen que si són suficients (Gràfic 8).

La informació i opinió aportada per la societat general i per les persones usuàries mostra una insatisfacció amb la quantitat de recursos existents, expressant la insuficiència d'aquests.

Si es pregunta als professionals socials de l'àmbit, els resultats sobre aquesta qüestió tenen una certa variació. Expressen coneixement de totes les tipologies de serveis presentades

des de la teoria a través dels recursos de la XAD, com són el CAS, els Pisos d'Inserció, les Comunitats Terapèutiques, els Centres de Dia...

“Los centros de días y los pisos de reinserción. (...) Desde comunidad la derivación a este tipo de recursos la realiza el trabajador social (...) siempre recomendamos a todos nuestros usuarios una continuación de tratamiento en piso terapéutico, o bien, si tienen un entorno social favorable acudir a un centro de día o vincularse a diferentes programas de continuación de tratamiento” (E1, 4-8).

A més, els professionals socials aporten informació sobre més quantitat de recursos. Altres alternatives de serveis i programes relacionats amb la inserció, que no apareixen a l'oferta que té la XAD, ja que són serveis privats, com per exemple programes de suport a la vida autònoma, grups d'habilitats socials, grups d'ajuda mútua o centres dedicats a la formació prelaboral: *“En ATRA también se ofrecen programas de soporte a la vida autónoma y grupo de habilidades sociales.” (E1, 9-10), “(...) existen grupos de autoayuda, como el grupo de autoayuda de Fundación ATRA (...)” (E2, 320-321), “(...) tanto el centro de rehabilitación como el prelaboral (...)” (E2, 31).*

Depenent també del municipi, els recursos són considerats suficients o no, ja que cadascú coneix més els recursos que més propers té. Per exemple, l'educadora entrevistada a SPAI, el Centre de Dia del Prat del Llobregat, expressa satisfacció quant a quantitat de recursos, però concretament al Prat:

“Mm... ee... a ver siempre..., cuanto más haya..., siempre mejor ¡está claro! De todas formas, bueno, el Prat es un municipio relativamente pequeño en el que hay muchísimos recursos dirigidos a la inserción. Por lo tanto, bueno, está bastante bien (...)” (E2, 38-40).

De manera general, és pot dir que sí existeix gran quantitat de recursos dedicats a la inserció social de persones drogodependents, però gran part dels participants de la mostra no consideren suficient aquesta quantitat. De manera més concreta, es creu rellevant parlar especial atenció a la quantitat de Pisos d'Inserció, ja que sent els segons recursos de la XAD, per sota dels Centres de Dia, en quantitat d'equipaments, són considerats com a insuficients: *“Por lo que respecta a los pisos terapéuticos considero que no son suficientes, dado que muchos usuarios deben esperar que haya plaza para poder entrar” (E1, 11-12).*

Tenint en compte aquesta afirmació, és probable, que aquest 65,63%, de les persones usuàries consultades, que han valorat els recursos d'inserció social per a persones drogodependents com a insuficients tingui a veure amb el temps d'espera per accedir als mateixos (Gràfic 8). O, pot ser, fins i tot alguna vegada han quedat exclosos, com comenta la professional social: *“(...) al ser insuficientes, hay personas que quedan excluidas de estos recursos.” (E1, 22-23).*

QUALITAT DELS RECURSOS:

Per entrar a discutir la qualitat i la percepció d'aquesta, dels recursos d'inserció per persones drogodependents s'ha de tenir present què s'entendrà que un recurs es de qualitat "*quan el conjunt de característiques que posseeix fan que sigui satisfactori per als seus usuaris.*" (Ras, 2003, p. 24). Per tant, l'última paraula en aquesta valoració serà la de les persones usuàries dels recursos.

Primerament, com a apropament a la percepció de la qualitat dels recursos, cal dir que, la població general coneixedora d'algun recurs d'inserció per persones drogodependent, majoritàriament els considera recursos de qualitat, concretament un 80% de les persones (Gràfic 3).

De la mateixa manera, els professionals socials de l'àmbit, també opinen que els recursos són de qualitat i que atenen tots els àmbits d'inserció de la persona: "*Considero que los recursos existentes ayudan a la reinserción de la persona, se abordan todas los aspectos de la personas, también el laboral, y son de alta calidad (...)*" (E1, 21-22), "*Es un centro de 24 horas los 365 del año, por lo que la atención a la persona es integral y permanente.*" (E1, 53-54).

Alguns professionals, valoren la qualitat dels recursos posant l'èmfasi en la quantitat de serveis que ofereixen. No és pròpiament com s'ha concebut la qualitat des de la present recerca i des de la teoria, mencionada anteriorment, però és un aspecte a tenir en compte:

"(...) SPAI es un servicio municipal gestionado por ATRA, (...) Entonces recursos de inserción de personas drogodependientes sería más en la parte de tratamiento, y tenemos un programa de Centro de Día que se llama Programa Libre de Drogas, que es dirigido a personas que han iniciado un proceso de deshabitación. Se incorporan al programa con un tiempo de abstinencia previo para trabajar este mantenimiento de abstinencia y trabajar un cambio de estilo de vida i un cambio de hábitos. Es semejante a Comunidad Terapéutica (...) O actividades como prevención de recaídas, como grupo de autoayuda o actividades deportivas, gestión del tiempo libre... Luego tenemos otro programa que es el programa de inserción formativo laboral, que también es grupal, y que es pues apoyo a las personas en la búsqueda de trabajo, como hacer un currículum vitae... como presentarse a una entrevista de trabajo, etcétera..." (E2, 8-23).

"(...) hi ha gran qualitat, pensa que no hay un SPAI en todos los municipios, ¿no...? (...) y a más a más un Centro de Día con un programa de atención a jóvenes, especialmente para ellos, con un programa de reducción de daños, que es para personas que están en consumo activo..., en condiciones precarias..., ee... en exclusión social..., es decir, abarca todas las tipologías: adultos, jóvenes, consumidores, no consumidores, inserción laboral... Creo que cubre bastante y que SPAI es un recurso que estaría bien que estuviese en más municipios" (E2, 47-53).

Per part dels professionals, s'ha valorat especialment com a recursos de qualitat els Pisos d'Inserció, a diferència de la valoració negativa d'aquests, mencionada anteriorment, quant a quantitat:

“Los pisos terapéuticos sí que tratan todos los ámbitos de inserción, se potencia la consolidación de hábitos de convivencia y habilidades sociales, el grado de autonomía personal y la adaptación y manejo del entorno. Se pretende la integración laboral de la persona usuaria o bien para aquellos que son pensionistas, la ocupación del tiempo libre mediante actividades formativas, de ocio, voluntariado” (E1, 15-19).

Finalment, tenint en compte la definició teòrica establerta per tal de poder afirmar si els recursos són de qualitat, la valoració considerada com a més rellevant és la de les persones usuàries dels recursos.

A diferència de l'opinió professional, un 36,36% de les persones usuàries no creuen que els programes, tallers o recursos d'inserció tractin tots els àmbits d'inserció de la persona, i no consideren que siguin de qualitat. Altrament, el 18,18% si creuen que tracten tots els àmbits d'inserció de la persona i els valoren, de manera general, com a recursos, accions i programes de qualitat (Gràfic 9).

A la present recerca, s'havia pressuposat que tractar tots els àmbits d'inserció de la persona anava lligat a ser un recurs de qualitat, ja que tractar-los s'ha lligat a la satisfacció d'aquesta, que com diu la teoria és l'element essencial de la qualitat d'un servei, però a la pràctica no ha estat així: un 27,27% no creuen que els recursos d'inserció tracten tots els àmbits d'inserció de la persona, però de manera general sí els valora com recursos de qualitat; un 9,09% no creuen que tracten tots els àmbits; i un 9,09% no saben si els programes tracten tots els àmbits d'inserció de la persona, però de manera general, no els valoren com de qualitat (Gràfic 9).

ACCESSIBILITAT:

A la present recerca, en relació a l'accessibilitat dels recursos d'inserció per a persones drogodependents, s'ha fet referència al caràcter gratuït o de pagament dels recursos. Les persones usuàries d'aquests, en un 90,91%, han expressat conèixer més recursos de pagament que gratuïts (Gràfic 11). Aquest fet, es confirma també des del coneixement dels professionals socials de l'àmbit, que ho relacionen amb el caràcter públic o privat dels serveis, i s'explica el perquè de la situació a través del recorregut històric del fenomen i del posicionament de l'administració pública envers aquest. A més, es comenta els grans esforços de les entitats privades per facilitar i millorar la pròpia accessibilitat:

*“(...) este en concreto es gratuito, es un recurso municipal y es gratuito. A nivel de drogodependencias..., claro siempre está el tema que... normalmente y históricamente como no... la administración no se ha hecho cargo a nivel público de los tratamientos como Comunidad Terapéutica, como Centro de Día...como Pisos de Reinserción... Y esta labor la han cogido pues entidades, que han creado sus dispositivos ¿no...? Sobre todo especialmente pues en los años 80, que cogió a todo el mundo desprevenido y había que actuar. Yo creo que están haciendo, las entidades, inmensos esfuerzos por ser lo más accesibles posible, esto hay plazas de coste cero en muchas Comunidades, pero claro, no es sostenible... que en todas las Comunidades tengan este tipo de plazas de coste cero ni que haya todas las plazas en cada Comunidad que sean de este tipo... Lo que pasa es que si que es cierto que ahora se adaptan al baremo de ingresos, es decir que si una persona ingresa en Comunidad Terapéutica y esta cobrado, por ejemplo, una PIRMI, pues se adaptará... e... bueno que ira siempre... **en función de este ingreso, no?** ¡Eso es! Claro hay un mínimo, no es lo mismo que si no cobrara nada, porque claro, hay un mínimo de gastos personales en una Comunidad, dile tabaco, ropa... y claro este tipo de gastos, que son gastos básicos personales, si que se han de poder cubrir” (E2, 57-72).*

Tenint en compte el poc recorregut històric de l'administració en relació a encarregar-se d'aquest tipus de recursos, no és d'estranyar que els hi hagin sorgit dificultats en la gestió d'aquests, per aquest motiu s'entendria que volent facilitar l'accessibilitat per tothom que ho necessiti, en comptes de crear recursos propis, hagin fet concertació de places a entitats privades, com apareix evidenciat a “Context i dades de referència” de la present recerca. Un altre fet a tenir en compte sobre la concertació de places a entitats privades, és que des de l'opinió professional, es creu que els recursos privats aborden en major mesura tots els àmbits de la persona: *“Por lo que se refiere a comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día creo que hay más recursos de carácter privado que público. O por lo menos, que aborden de manera integral todos los ámbitos de la persona.”* (E1, 38-40).

L'accessibilitat, a més, s'ha tingut present com a característica que fa que els serveis puguin ser utilitzats per tothom, independentment de les seves capacitats, gènere, cultura... per tal d'aconseguir els objectius pels quals han estat dissenyats (Aragall, 2010, p.25), tot i que cap dels professionals socials de l'àmbit han reparat en aquests altres aspectes de l'accessibilitat.

En vers a això, un 45,45% de les persones usuàries valoren els recursos d'inserció com a bastant accessibles, un 36,36% els valora com a mitjanament accessibles, i ningú els ha valorat com a inaccessible o molt difícilment accessibles (Gràfic 12), per tant es considera una valoració positiva.

TREBALL EN XARXA:

Els processos d'inserció de persones drogodependents són processos complexos, en els que, com s'ha evidenciat fins al moment, intervenen diversitat de variables, per abordar-les

és necessari concebre la intervenció socioeducativa des del model sistèmic. Això implica intervenir des del treball en xarxa. El treball en xarxa implica la voluntat d'incorporar diferents agents en l'abordatge de la situació i que aquests treballin de forma conjunta (Vilar, 2008).

Pel que fa a agents interns, és a dir, de l'equip d'intervenció del recurs, s'han trobat els dos extrems, un recurs amb 15 professionals que intervenen en els diferents processos i un altre amb 4, però que normalment fan l'atenció i intervenen només 2 persones: *“Un director, un trabajador social, dos psicólogas, 7 educadores, enfermera y psiquiatra. Además un tallerista para el espacio de arte terapia y otra más para yoga.”* (E1, 43-44).

“A ver, somos un equipo muy pequeño, somos dos personas y porque trabajamos al 120% y a ver, dentro de todos los programas que hacemos somos un equipo de... hay un equipo educativo de dos educadoras sociales, en este caso dos mujeres, (...) luego hay una psicóloga, que lleva también la coordinación y un tallerista que lleva en taller de manualidades y marquería... somos muy poquitos, pero lo que pasa es que como la atención es grupal, pues también optimizas la atención, luego que aunque... también luego individualmente se haga tratamiento individual cada o terapias, pero bueno, déu ni dó, somos poquitos, y no todos a jornada completa..., y bueno... Claro lo ideal, y que es la idea para un futuro, que se está trabajando con la administración, es poder ampliar este equipo, para poder atender incluso a otro perfil de personas, como lo que te comentaba antes, con vulnerabilidad social, con sense llar, o... o personas con fragilidad de vivienda, de salud... que ahora no acceden a otros recursos de máxima exigencia.” (E2, 75-86).

En l'últim cas, s'està plantejant l'ampliació de l'equip, però no per donar atenció més personalitzada o per adquirir la visió d'un professional d'un altre àmbit, sinó per ampliar serveis.

Fent referència als professionals que intervenen en el procés de la persona atesa, la percepció per part d'aquestes és diferent. Analitzant el cas del primer equip de treball mencionat, l'integra't per 15 professionals, cap de les persones usuàries ha identificat als 15. Una persona ha identificat 6 (Annex 12, Q11), una altra 10 (Annex 12, Q7), una altra a 11 (Annex 12, Q13) i, finalment, apropant-se una mica més sis persones han identificat 12 (Annex 12, Q4; Q5; Q6; Q8; Q9; Q10).

Quan es fa referència al treball en xarxa pel que fa a professionals, recursos i serveis externs, hi ha professionals que fan referència a l'organització i el treball en equip, no al treball en xarxa amb el territori com s'entén des de la teoria (Vilar, 2008). D'alguna manera, sí que formen part d'una xarxa, en relació a recurs i quant a derivacions, però no realitzen treball en xarxa com a element de creació de coneixement conjunt, essencial per la cobertura de necessitats en tota la seva complexitat (Vilar, 2008). Sí que mencionen el treball en equip: *“Somos un equipo de trabajo. Nos reunimos cada lunes y se consensuan las necesidades, adaptaciones, estrategias, etc. para cada usuario.”* (E1, 47-48).

“Se trabaja conjuntamente en los objetivos de cada usuario. En función de las necesidades de la persona tanto el terapeuta asignado como los educadores acuerdan el plan de trabajo. A nivel físico y psiquiátrico se cuenta con el equipo médico, de la misma manera que para la gestión de ayudas, derivaciones, etc. con el trabajador social.” (E1, 49-52).

En canvi, en l'altre recurs, mencionat anteriorment, on la intervenció la feien, normalment, tan sols 2 professionals, si què realitzen un treball en xarxa amb els recursos del territori. Creen solucions conjuntes i cerquen opinions i punts de vista diferents quan ho consideren necessari per a cada cas concret (Vilar, 2008):

“(...) trabajamos mucho a nivel comunitario y en xarxa con todos los servicios del Prat: con seveis socials, salut mental, (...), CAP... si, se hace un buen trabajo en xarxa. Tenemos la xarxa local de salut mental, que es una taula técnica, en la que participa también gran parte de los servicios y dispositivos de aquí del Prat, como (...), seveis socials, bueno evidentemente salut mental, tanto el centro de rehabilitación como el prelaboral, como el CESMA, el CAP...seveis social... el SIAD, que es el Servei d'Internació i Atenció a la Dona, que hace un trabajo en reuniones bimensuales, porque tienen normalmente su xarxa, pero se llaman para casos concretos, así están vinculados con los diferentes servicios, y se hace un trabajo en profundidad entre los diferentes recursos.” (E2, 27-36).

El funcionament d'aquests últims professionals és un exemple d'èxit i, tal com diu la teoria, es considera el camí a seguir pel necessari canvi d'actitud dels professionals respecte de la seva cultura professional i de la manera en què defineixen el seu rol d'agents de canvi social, per tal d'arribar al que realment significa el treball en xarxa. La xarxa socioeducativa i el treball en xarxa té sentit respecte a la creació de coneixement i funcionament conjunt (Vilar, 2008; Díaz et al., 2013).

Quant a identificació per part de les persones usuàries de professionals externs al recurs que intervinguin en el seu procés, els que realment han identificat intervencions a nivell de xarxa han estat 4: “Si, una fundación (...)” (Annex 12, Q4), “Es del CAS y me conoce muy bien mis actitudes” (Annex 12, Q6), “Si, un médico del CAS” (Annex 12, Q11), “Insertadora laboral servicios sociales. Insertadora laboral del cas fórum” (Annex 12, Q8).

SEGUIMENT:

El seguiment es concep com un element necessari en els processos de tractament i inserció social (i laboral) de les persones drogodependents, aquest consisteix a guiar i supervisar el procés, els avenços, retrocessos i canvis que van sorgint (Raya i Funes, 2001). S'ha confirmat l'existència d'aquest seguiment, ja que el 100% de les persones usuàries enquestades han afirmat que es fa seguiment del procés personal (Gràfic 13).

Des de la teoria, es creu convenient que el seguiment es faci el professional referent de cada persona (Alonso i Funes, 2009) i, tot i les evidències trobades a les entrevistes de l'existència del seguiment mencionat, no es realitza especialment per part del professional de referència: *“El seguimiento del proceso se realiza durante todo el tratamiento. Se basa en la valoración por parte del usuario, del resto del grupo y de los profesionales del grado de consolidación de los objetivos marcados.”* (E1, 64-66).

*“(...) por ejemplo, el programa de jóvenes sería individual ya de por sí. I los que son grupales, el Programa Libre de Drogas, el de Inserción Laboral o el de Calor i Café... en concreto, el Programa Libre de drogas, que es el de Tratamiento de Centro de Día, normalmente puede ser, sobre todo en función de la evolución o de persona, piensa que aquí es el día a día, lo que trabajamos es el día a día, las dificultades que vayan surgiendo... claro a lo mejor no hay una contención tan grande, como puede haber en comunidad terapéutica, ellos cada día se van a su casa, están en su entorno... Entonces cada día cuando entran por la puerta, a las 9 de la mañana, nosotras siempre les decimos claro, cualquier cosa importante, sea, evidentemente, una recaída..., sea una dificultad..., algo que te haya pasado que se tenga que trabajar..., a las 9 de la mañana al profesional que haya en ese momento con el grupo... tu... **explica, ¿no?** Si si ¡explica!, explica y lo hablamos...”* (E2, 89-100).

El període i els tempos que ha de seguir aquest seguiment no és fix. Un pla de treball, ha de tenir un final, uns objectius complets, i el seguiment pot allargar-se durant anys, això sí, arriba un moment que la persona ha de continuar sola o amb altres persones que no siguin de caràcter institucional, aquest seria un dels límits (Alonso i Funes, 2009). El seguiment explicat per part dels professionals s'adapta bastant a la descripció teòrica d'aquest, es fa i s'adapta el seguiment a les necessitats de cada persona, aspecte positiu en la intervenció:

“Un poco pues eso, en función de la necesidad de cada persona, de la evolución de si se tiene que trabajar algún tema en concreto... Hacemos tutorías quincenales... Si s'han d'espaiar més en el temps doncs s'espaien, porque llevan una evolución más estable, y al contrario, si se tiene que incidir más pues se incide más. Puedes tener tres con una persona en una semana, tres tutorías, y con otra igual hace dos semanas que no nos sentamos. A parte que, como también damos la medicación a nivel individual, pues en ese momento de la medicación también aprovechamos para comentar cosas que puedan ser importantes...” (E2, 101-107).

Tot i així, sí que s'estableix un període de procés i de seguiment, encara que flexible, que segurament serveix de guia, límit i responsabilitat per la persona atesa i per no alimentar la cronicitat al servei:

“El tratamiento a nivel de Centro de Día es un mínimo de seis mese y un máximo de un año. Depende también de la valoración de la evolución de cada persona... Seis meses es lo mínimo porqué es el tiempo mínimo para poder hacer un cambio real, ya que un cambio en el estilo de vida no se hace en un mes, ni en dos, ni en tres... i en 6 meses, bueno...ya... ¡estas empezando!, ¿no..?. Pues bueno, sí que ponemos un mínimo de 6 meses, que el 90% de los casos es más, depende de la persona... de cómo va su tratamiento... de si está de baja laboral... Si que tuvimos un caso que estuvo seis meses, que le dieron la baja en el trabajo por su problema con el alcohol... entonces bueno estuvo sus seis meses, hizo una evolución

y un tratamiento impecables y a los seis meses volvió a su trabajo. Tiene un seguimiento quincenal, también para poder acompañarlo en esta nueva etapa pero muy pocos casos, normalmente están un año.” (E2, 110-120).

Quant a seguiment posterior a l'alta del recurs, normalment es fa des de serveis diferenciats al propi recurs, a través del CAS o a través d'altres programes especialitzats i més enfocats a la inserció, com programes de suport a la vida autònoma o grups d'ajuda mútua: *“Desde la Comunidad como tal no se realiza el seguimiento pero si desde ATRA. Donde además los usuarios pueden formar parte del grupo de autoayuda, asistir al plan de soporte a la vida autónoma o al de habilidades sociales.” (E1, 69-71).*

“Si, pasan al Programa de Suport a la Vida Autònoma. El Programa de Suport a la Vida Autònoma, es este seguimiento y acompañamiento individualizado, ya con la persona ha salido del programa de tratamiento, ya con el alta terapéutica. I luego por supuesto, importantísimo, continúan con el seguimiento en el CAS. Es que el acabar aquí el tratamiento de Centro de Día, no quiere decir que finalice todo su seguimiento, ya no solo aquí sino en el centro derivador.” (E2, 123-128).

Després de la informació analitzada sobre les possibilitats de seguiment posterior a l'alta, es vol contrastar amb l'opinió i coneixement de les persones ateses. Un 54,55% afirma que si es fa seguiment posterior a l'alta, però un 36,36% respon que no es fa, i un 9,09% no sap si es fa o no seguiment posterior a l'alta (Gràfic 13).

PROFESSIONAL REFERENT:

Des de la teoria, el fet que la persona atesa tingui un professional referent es considera de gran importància i molt rellevant per aconseguir l'adherència inicial al recurs. Es considera que el professional referent té un paper rellevant per cada una de les persones a les quals tutoritza i és recomanable que sigui la persona que realitzi l'acollida, que cerqui un apropament i una connexió (Alonso i Funes, 2009). Respecte a això, el 72,73% de les persones usuàries enquestades creuen útil el fet de tenir un professional referent (Gràfic 14). I de les argumentacions que donen les que tenen, o han tingut alguna vegada, un professional referent s'extreuen elements que donen molt suport a la utilitat d'aquesta figura professional: *“Que se preocupa por mi” (Annex 12, Q1), “Que se preocupa de mis problemas y me ayuda a superarlos” (Annex 12, Q4), “Te hace un seguimiento del tratamiento de principio a fin. Y te valora tu evaluación” (Annex 12, Q3), “Pues conoce mis traumas, conductas y como llevar un buen proceso” (Annex 12, Q6), “Con el resto de profesionales se es menos abierto que con el profesional referente” (Annex 12, Q7), “El profesional referente es el que más manda y el que decide que hacer y qué camino hay que coger” (Annex 12, Q8), “Pues sinceramente, que me transmita mucha confianza ya que los adictos, tenemos*

por norma general, expresar muy poco los sentimientos” (Annex 12, Q9), “Aquí no tenemos. Pero pienso que si sirven porque así se centra más ese profesional a esas personas que lleva, con ayuda lógicamente de los demás prof.” (Annex 12, Q10).

En canvi, per part dels professionals això no és considerat tan important, ja que es prioritza que la persona pugui accedir en qualsevol moment a qualsevol professional, i expressen: *“El profesional referente aquí somos dos, clarísimamente.” (E2, 136), “(...) lo ponemos todo sobre la mesa, y todos decidimos, pero los referentes seríamos educadora y psicóloga, entre las dos, siempre es mano a mano.” (E2, 138-140), “(...) pretende dar una atención 24 horas. Sin necesidad de tener que esperar a su tutor, o no poder ser atendido si este estuviera de vacaciones o enfermo.” (E1, 80-81). En tot cas, ho consideren tan sols a nivell de teràpia: “En nuestra comunidad los usuarios tienen una terapeuta asignada. A nivel de terapia individual es importante, por no decir imprescindible para poder crear un clima de confianza y poder realizar un trabajo a nivel psicológico.” (E1, 74-76).*

Segons la teoria, el professional referent, serà qui haurà de coordinar i dinamitzar les intervencions de la resta de professionals, sempre en diàleg amb la persona atesa. Ha de possibilitar l'aparició de diversitat de professionals, recursos, ambients... perquè, tot i ser el professional referent, no ha de convertir-se en referent únic de la persona atesa, i així es facilita, també, la final autonomia de la persona (Alonso i Funes, 2009). En relació, tot i que no amb la dinàmica descrita, els professionals expressen que la persona pot i ha de dirigir-se a qualsevol educador, ja que tots estaran informats de la situació i dels objectius del procés de la persona: *“(...) los usuarios pueden y deben dirigirse a cualquier educador dado que todos y cada uno estamos al corriente de los objetivos que se pretenden trabajar y en las circunstancias que rodean al usuario.” (E1, 77-79).*

ACOMPANYAMENT:

La concepció de l'acompanyament professional per part dels professionals socials de l'àmbit s'ajusta molt bé a la descrita a la teoria. S'expressa l'acompanyament contemplant la creació del clima i la confiança necessària per a la capacitat, adquisició d'hàbits, autoconeixement... (Raya i Funes, 2001). També, com a eina propera, de suport, basada en la confiança, potenciadora d'autonomia, plantejant o reformulant aspectes i actituds a treballar (Raya i Funes, 2001; Valverde, 1996).

“El acompañamiento a los usuarios se realiza durante todo el tratamiento. Se trata de potenciar la vida autónoma sin dependencias a sustancias, a emociones, etc. Que la persona tome sus propias decisiones, acordes a su situación personal, realista. Planteando o

reformulando aspectos y actitudes que debe trabajarse durante el día a día en comunidad.” (E1, 84-87).

“Pero el acompañamiento viene desde... poner sobre la mesa todo, esto es lo que siempre les decimos: pensad que nosotros estamos aquí para... un equipo de profesionales cada día para apoyaros y para ayudaros en lo que necesitéis... Por lo tanto, el acompañamiento...mm... ¿cómo lo entendemos? Pues el estar ahí... sobre todo el hacerles ver que han de contar, o pueden contar, con nosotros... y que si realmente quieren aprovechar, pues que el apoyo está ahí. En el sentido de que... el acompañamiento lo basamos sobre todo en la confianza... si tú nos explicas x cosas y no nos explicas otras... pues el apoyo que te demos... será a medias. Y esto es algo que siempre dejamos claro. Acompañamiento, pues cercano, pero al mismo tiempo con muchos límites. La importancia de poner los límites, de aquí hay unas normas, una exigencia, porque estamos hablando de un programa de Centro de Día que es un programa de máxima exigencia... hay que cumplir, evidentemente, con la asistencia... con unas normas de convivencia... porque no estamos aquí todo el día, pero estamos cinco horas al día y hemos de poder convivir. Siempre les decimos, que es como un entrenamiento de cara a... bueno es que todas las situaciones que se vivan aquí, tienen un equipo para poder trabajarlas, y luego poder aplicar-las fuera.” (E2, 146-161).

En aquestes paraules es reconeixen les set idees claus de l'acompanyament, plantejades des de la teoria (Raya i Funes, 2001), per tant es donen per assolides, ja que en major o menor grau, totes es poden deduir dels arguments presentats.

De la mateixa manera que els professionals i els fonaments teòrics donen gran importància a l'acompanyament, el 63,64% de les persones usuàries també ho valora com a molt important i essencial (Gràfic 15).

En relació a l'acompanyament professional en l'acollida i adaptació al recurs, els professionals expliquen, la durada d'aquesta adaptació. En un dels recursos és un més i en l'altre una setmana, i el tipus d'atenció especialment dedicat a aquesta adaptació és diferent en cada cas. En el primer cas es fa un grup específic de persones acollides, al llarg de tot el més, on tenen l'oportunitat de resoldre dubtes, presentar-se i anar obrint-se al grup i informar-se del ritme i l'organització del recurs. I, en el segon cas, tota l'acollida és amb el grup general excepte una tutoria amb el professional després d'una setmana per veure com ha anat la primera setmana, contrastar expectatives...:

“En este primer mes, además de la terapia individual, tiene grupo de acogidos, donde exponen sus dudas, temores, inquietudes al profesional y explican cómo se sienten. El espacio de organización para que hagan una primera toma de contacto con los documentos que van a tener que ir realizando a lo largo del mes (presentación, motivo de ingreso, primera impresión de la casa, presupuesto, etc.), tutorías de primer mes, donde se abordan temas tales como las actitudes de cambio, las motivaciones para hacer tratamiento, las bases de una buena comunicación y relación, la diferencia entre amistad, compañerismo y colegueo, el tipo de relaciones que deben mantener en comunidad, etc. Además, también hacen el grupo de HHSS.” (E1, 95-103).

“(...) absolutamente todo el grupo, acoge a la persona, el grupo y el equipo. Luego a la semana, normalmente, nos sentamos o individualmente o en grupo, para, bueno, pues hablar sobre que tal la primera semana... ¿cómo lo llevas...? ¿Cómo te sientes...? ¿Qué te parece...? ¿Qué te esperabas...?” (E2, 170-173).

A més de l'acompanyament en l'acollida, s'ha de contemplar l'acompanyament al finalitzar el procés o en canvis de recursos, ja que això també són grans canvis en el procés de la persona. Un 45,45% de les persones usuàries confirmen l'existència d'acompanyament professional en l'acollida i adaptació al recurs, de la mateixa manera que al finalitzar o canviar de recurs. Aquesta és una dada positiva, però millorable, ja que un 27,27% afirmen haver tingut acompanyament en l'acollida però expressen desconeixement quant a l'existència o no d'acompanyament al finalitzar o canviar de recurs. Altres, el 18,18%, que sí que afirma haver tingut acompanyament en l'acollida, però expressen que en finalitzar el procés o en canvis de recursos no es dona, i finalment, el 9,09% que nega l'existència d'acompanyament professional en tots dos casos (Gràfic 16). Pel que fa a la visió professional s'afirma que sí que es dona acompanyament al finalitzat els processos, o al mateix recurs o en un servei de l'entitat, però aquest tipus d'acompanyament, a diferència del que es fa al llarg del procés i a l'acollida, ja no s'ajusta tant al proposat des de la teoria de base de la recerca:

“Durante la fase de pre-reinserción se realiza un acompañamiento y asesoramiento al usuario. De la misma manera que en el cambio de recurso, por ejemplo, aquellas personas que deciden ir a piso terapéutico, tienen citas acordadas desde comunidad para visitar los pisos, ir a conocer los recursos, etc.” (E1, 106-109).

“Si la persona decide no ir a piso, desde comunidad, cuando la persona se ha ido de alta no se realiza ningún acompañamiento, no obstante puede adherirse al plan de soporte a la vida autónoma de nuestra entidad desde donde se le ayuda y acompaña en su proceso de inserción.” (E1, 110-113).

RECAIGUDES:

En tot procés de tractament i inserció de persones drogodependents es donen recaigudes, per tant s'han de tenir en compte en relació al que representen i a les causes per les quals es donen.

Les recaigudes són definides per l'OMS (1994) com l'acció de tornar a consumir després d'un període d'abstinència, que porta de manera sovint el retorn a la dependència. També així és definida per alguns professionals socials de l'àmbit: *“Es un retroceso en el cambio de la persona, se vuelve a los pensamientos y comportamientos característicos de la conducta adictiva. La vuelta al estilo de vida previo.” (E1, 116-118).*

D'altra banda, l'OMS (1994) també menciona la diferenciació, per part d'alguns autors, entre recaiguda i caiguda, com a entrebanc, fent referència a una ocasió aïllada de consum. Aquesta última concepció, la d'entrebanc també és percebuda per altres professionals socials, i recolzada per la present recerca, ja que es consideren les recaigudes com a part del procés:

*"(...) una recaída, bien trabajada, es un aprendizaje. No trabajada... bueno... Pues una recaída no trabajada que acaba e consumo activo pues bueno... **Un retroceso ¿quizá?** Si en cierto modo si puede ser un retroceso, pero siempre la experiencia es un grado, cuantas más recaídas, más sabes a lo que te enfrentas. Recaída: parte del proceso de recuperación, porque no hay recaída si no hay abstinencia..."* (E2, 198-202).

A diferència de l'esmentat anteriorment, però amb certa relació amb la primera idea, en primera persona les recaigudes moltes vegades són viscudes com a fracassos, inclús la pitjor de les catàstrofes. Així ho expressen diferents persones usuàries: "Horrible"(Annex 12, Q1), "Lo peor que me puede suceder, no quiero volver al camino de la podredumbre" (Annex 12, Q4), "una recaída para ahora que estoy en el centro seria no levantar cabeza, espero no recaer nunca" (Annex 12, Q5), "tirar todo el trabajo hecho" (Annex 12, Q11), "volver a los antiguos hábitos de conducta y consumo de los que me estaba curando" (Annex 12, Q7), "Recaer en el consumo" (Annex 12, Q8).

Si s'entra a cercar les causes d'aquestes recaigudes, són moltes i diverses, però la majoria, tant les expressades per les persones usuàries (Annex 12) com pels professionals socials de l'àmbit (Annex 7 i 9), tenen a veure amb l'exposició a situacions de risc, voluntàries o no, la manca de recursos i habilitats per afrontar situacions difícils, la deixadesa progressiva de manera involuntària i la falsa confiança i seguretat.

NORMALITZACIÓ SOCIAL:

Està normalitzada socialment la drogodependència i la inserció social de persones drogodependents?

En contradicció a l'argument teòric de la Resolució del 2 de febrer de 2009, sobre el descens de marginalitat dels col·lectius amb problemàtiques relacionades amb el consum, la major part de població general opina que ho segueixen sent. Un 70% pensen que les persones drogodependents continuen sent un col·lectiu marginal, en canvi, un 30% creu que no ho són (Gràfic 5). Alhora un 86,67% creuen possible i real la inserció d'aquestes persones, a diferència del 13,33% que creuen que no ho és (Gràfic 6).

És possible relacionar aquest 13,33% de societat general que no veu possible la inserció social de persones drogodependents amb l'opinió d'aquestes respecte a l'estigmatització o normalització social de la malaltia i la inserció. Les persones drogodependents perceben un 90,91% que existeix un predomini de l'estigmatització social per sobre de la normalització i acceptació social de la malaltia i de la inserció en relació a persones drogodependents rehabilitades (Gràfic 18). Donant suport a aquesta opinió, alguns professionals socials i de salut opinen que existeix estigma, rebuig, que està mal vist, ja es responsabilitza de la malaltia exclusivament a la persona, i encara ara es pot considerar un tema tabú:

"(...) ahora cada vez mas... pero bueno aún queda mucho. Las propias personas que lo padecen ni siquiera saben que es una enfermedad. A parte de los sentimientos de culpa, de vergüenza... porque está el estigma y el machaque de siempre de bueno... <<pero esto es porque tú has querido y apáñatelas tu, y si no puedes..., si no lo haces es porque no te da la gana>>. Luego porque también, a nivel social y de institución pues hasta hace poco no se consideraba una enfermedad, ha sido tabú, y de lo que no se haba no existe y... bueno... Ahora cada vez menos, pero hay dos grandes tabús en nuestra sociedad, el sexo y las drogas. El sexo, ahora cada vez menos, ya se puede hablar de sexo sin ruborizarnos o sin...pero bueno, las drogas todavía queda camino... Y luego, también hay una gran diferencia entre hombre y mujeres, también por un tema social. Las mujeres son más de consumo de puertas para adentro, cuesta más el pedir ayuda. Normalmente, los que acuden al programa del Centro de Día más del 50% hombres, como un 70% o 80%, son hombres, más bien un 80, porque las mujeres se esconden más. Si ya está mal visto a nivel de población general, a nivel de mujer aún está peor visto." (E2, 215-228).

"No pot estar normalitzada, perquè... la població atribueix la responsabilitat de la malaltia e... única i exclusivament a la persona que la pateix. I no es té en compte la importància de l'enfocament social i l'aspecte... multifactorial de la malaltia. Simplement, s'exclueixen aquestes variables... i... s'aïlla a la persona, amb comentaris com... <<si és drogoaddicte és perquè s'ho ha buscat>>" (E3, 11-15).

Respecte a la consideració de la drogodependència com a una malaltia crònica més, contràriament a la Resolució del 2 de febrer de 2009, per part de la societat general, un 50% no la considera així, i un 6,67% no ha sabut decantar-se. També hi ha una part de la població que sí que la considera una malaltia, però en menor proporció, en un 43,33% (Gràfic 4).

Alguns professionals socials, sí que creuen que la drogodependència és considerada, de manera general, com una malaltia més: *"Creo que se considera una enfermedad más."* (E1, 133). I, tot i el existent desconeixement, respecte a la consideració d'aquesta dins del circuit de salut també creuen que és considerada una malaltia crònica més: *"Dentro del circuito de salud está normalizada, pero aún hay bastante desconocimiento."* (E1, 132). Al contrari, la professional de salut, afirma que no es considerada una malaltia més:

"(...) no estan consideradas com qualsevol altra malaltia físico-biològica... com pot ser... no se... la HTA o la Diabetes. Aquestes malalties són d'origen sistèmic i creen molta confusió i desconeixement per part dels propis professionals sanitaris. No és

considerada una malaltia més, i no pot ser així... perquè... les variables que l'envolten són de caire molt divers... son socials, psicològiques, individuals,..." (E3, 4-8).

Altra dada de rellevància en relació a la normalització social de la malaltia, és la presència d'un 54,55% de persones drogodependents que han estat de baixa laboral a causa de la seva malaltia, però no han comunicat els motius reals de la baixa a l'empresa (Gràfic 23), ja que també un 54,55% prioritzen la confidencialitat per sobre de la normalització social de les drogodependències. Altrament, existeix un 45,45% que prioritzen la normalització social (Gràfic 24).

D'acord amb el primer argument, els professionals socials prioritzen la confidencialitat, de la mateixa manera que amb qualsevol altra malaltia i sobretot per la llibertat individual en relació a la privacitat de cada persona, tot i així, alguns justifiquen aquesta elecció a causa de la no normalització social:

"(...) es que no está normalizado (...)" (E2, 261).

"(...) no todas las personas saben que es una enfermedad, no todas las personas lo entienden... Pero bueno como pasa también con otras enfermedades, por desgracia. En el momento en que un trabajador que tiene una enfermedad dicen: ¡ui ui ui ui ui! (...) cada caso en particular se ha de valorar... hay quien lo explicará y quien no, pero claro... (...) Lo que pasa que con el tema de las drogodependencias... pues bueno... El caso este, por ejemplo, del que te he hablado antes, era claramente una baja por este problema, en concreto la empresa le dijo: tú te tienes que poner en tratamiento, sino no podrás volver a trabajar. Pero casos de estos pocos ee..." (E2, 261-271).

"Al igual que con cualquier otra enfermedad creo que debe prevalecer la confidencialidad de la persona. Pese a que las adicciones estuvieran más normalizadas considero que prevalece el derecho individual. Al igual que en la baja médica no consta el motivo en cualquier otra enfermedad, tampoco debe aparecer en el caso de las adicciones." (E1, 151-154).

Seguint amb l'acceptació social de la malaltia, s'ha de comentar l'opinió expressada per la població general sobre el dret de les persones drogodependents a la sanitat pública i el grau de cobertura que aquesta ofereix cap a la malaltia.

A la majoria de les persones els hi sembla bé, perfecte, imprescindible... que les persones drogodependents tinguin dret a accedir a la sanitat pública, però també hi ha una part de població, un 45,45%, que no està d'acord o que ho qüestiona (Annex 12):

"Por una parte estaría de acuerdo porque suelen quedar arruinados por ello. Por otra parte es injusto que caer en una adicción como esa sea responsabilidad del resto de ciudadanos... a pesar de la dudas... a favor" (Annex 12, Q28).

"Injusto, se debería de considerar cada caso" (Annex 12, Q7).

"Mal" (Annex 12, Q21).

“Muy mal” (Annex 12, Q27).

“Muy mal, tendrían que tener su propia sanidad” (Annex 12, Q14).

Quant al nivell de cobertura d'aquesta sanitat pública cap a les drogodependències, tant professionals socials com de salut opinen que no s'aborda la malaltia en tota la seva complexitat i no és equiparable a la cobertura d'altres malalties, en part, pel desconeixement i l'estigma:

“(...) creo que se debería de hacer más... Porque bueno, hay recursos para otros problemas de salud que están más claros, pero yo creo que va asociado al estigma que siempre han tenido las adicciones. Las drogas siempre han sido un tema tabú, no se han sabido tratar de la manera adecuada, no se han considerado una enfermedad, por lo tanto, si no se considera una enfermedad ¿para qué voy a poner un tratamiento? ¿No...?” (E2, 206-211).

“(...) a nivell de prevenció terciària, per exemple... com quan la persona precisa d'ajut de medicaments per superar l'addicció... I també amb la prevenció primària, tot i que s'està fent èmfasi en les conseqüències del consum de drogues, amb anuncis com el de <<la droga mata>>... i, des del meu punt de vista, aquest tipus de persuasió social no provoca canvis d'actituds...” (E3, 18-22).

“(...) a nivell hospitalari, aquests pacients estan... estan sotmesos a altes dosis de medicació, com sedants... o ansiolítics... que no permeten, moltes vegades, l'abordatge psicològic de la malaltia...” (E3, 31-33).

També, altres professionals socials, reconeixen la falta de seguiment a causa de la manca de recursos per part del sistema sanitari, però valoren positivament el nivell de cobertura i atenció cap a les drogodependències, en relació a altres malalties, referenciant l'existència de recursos especialitzats:

“Creo que en la actualidad, al mismo nivel. El sistema sanitario está poco dotado de recursos económicos, de personal, etc. y no se hace el seguimiento constante y continuo que cabría esperar. Creo que el hecho de tener recursos especializados, como centros de reducción de daños, comunidades terapéuticas, centros de día, centros de atención y seguimiento es significativo, en el sentido de que se atiende desde el sistema a la enfermedad.” (E1, 124-128).

En relació a aquests recursos, és a dir, al circuit de tractament de les drogodependències, segons els professionals socials i el de salut, s'evidencia un gran desconeixement social d'aquests:

“No, creo que muy poco, pero muy poco. Aquí en SPAI tenemos el Servei d'Atenció i d'Assessorament, que es precisamente para eso, para cualquier persona del Prat, tenga un problema de adicción o no, que quieran información (...)” (E2, 240-242).

“no no, muy poca gente sabe, muy poca gente. A no ser que le haya tocado de cerca, sino ya no se preocupan por mirarlo...” (E2, 243-344).

“(...) no conec tot el circuit existent...” (E3, 31).

Al contrari que els professionals, un 72,73% de les persones usuàries creuen que l'actual circuit i els serveis dirigits al tractament i inserció de persones drogodependents està normalitzat socialment (Gràfic 20).

Per tal de conèixer i cercar vies de normalització, agafant de referència alguns elements mencionats a la teoria (Resolució del 2 de febrer de 2009), s'ha preguntat sobre la possibilitat de tractar les drogodependències des dels Centres d'Atenció Primària. El 72,73% de persones usuàries no veu possible que la drogodependència pugui arribar a ser tractada des del CAP (Gràfic 21). I un 54,55% no creu que fos positiu (Gràfic 22). Contràriament, des de l'àmbit de salut, el professional sanitari afirma que sí que s'hauria de tractar des del CAP:

“Sí, s'hauria de tractar des del CAP, ja que és el centre de salut més pròxim a la persona... però clar... cal formar i sensibilitzar molt als professionals en quant a repercussió i amplitud, social, de la malaltia...” (E3, 26-28).

Des de la perspectiva dels professionals socials, el CAP, encara que ja desenvolupa algun programa en aquesta direcció, ha de tractar la malaltia en un primer moment i després derivar a serveis especialitzats, com per exemple serveis de salut mental, que és un dels punts de vista des d'on s'hauria de tractar:

“Creo que la primera toma de contacto, cuando se acude a un centro de salud público es con el médico de familia. Así que tiene que ser tratada en primera instancia desde el CAP y ser derivado al especialista pero como con cualquier otra enfermedad.” (E1, 145-147).

“(...) si que se están haciendo programas... en concreto, hay uno que (...) que lo llevan las áreas básicas de salud, pero que es más enfocado en la bebida, como droga más normalizada ¿no? Como droga legal... que no esta tan asociada a la delincuencia... a la marginalidad... y que se está tratando de alguna manera desde los CAP. Sobre todo un poco a nivel de prevención... de reducir consumo... y asesorados pues desde CAS también. Porque es importante también esta coordinación ¿no? CAS-CAP. Y bueno... yo creo que las adicciones es un problema de salud mental, específico y especial...y diferente, pero no deja de ser un problema de salud mental, por lo tanto tendría que estar también atendido desde este punto de vista.” (E2, 248-256).

En relació a la inserció social de persones drogodependents, els professionals socials de l'àmbit, no consideren que estigui normalitzada ni acceptada a causa de la no consideració social de la drogodependència com a malaltia, ja que altres col·lectius amb els que també es treballa la inserció social són més acceptats:

“La inserción no está normalizada ni aceptada. Desde el momento en el que gran parte de la sociedad no lo considera una enfermedad, dificulta esta aceptación. También en función de los consumos se pueden observar diferencias. Pese a todo aún hay un estigma social importante aunque va disminuyendo, lentamente, pero disminuyendo.” (E1, 134-137).

“(...) no tanto como en salud mental. No, no. Pues puede ser..., puede ser esta mentalidad de bueno... las personas con salud mental, pues bueno...tienen este problema pues porque les ha tocado, ¿no?, pero las personas que tienen el problema este... pues se lo han buscado. Pero, en cambio, con las personas que tienen un problema de diabetes tipo 2, que de alguna manera se lo han buscado, es una enfermedad adquirida a lo largo del tiempo, con malos hábitos de alimentación... poco ejercicio físico... etcétera. Pero no se les criminaliza de la misma manera.” (E2, 230-236).

Exemplificant els arguments teòrics (Resolució del 2 de febrer de 2009), i en contradicció amb la visió dels professionals socials i del 90,91% de persones usuàries (Gràfic 18), esmentat anteriorment, que consideren que predomina l'estigmatització per sobre de la normalització i acceptació social de la malaltia i la inserció, es troba el 76,67% de població general que afirma que sí contractarien a una persona que acaba de finalitzar un tractament per drogodependències. Un 13,33% diuen que no, i un 10% no saben el que farien (Gràfic 7).

OBSTACLES:

Al llarg de la investigació teòrica s'han trobat molts aspectes considerats obstacles, impediments o entrebancs, per la inserció social:

L'actual crisi econòmica ha estat un obstacle per molts equips que treballaven o anaven en direcció d'un model sistèmic ben planificat i elaborat, han hagut de tornar enrere a causa de la falta de recursos i de personal. Una atenció personalitzada i un acompanyament psicosocial de qualitat necessita de professionals amb temps per treballar de manera adequada, no amb presses i sobresaturacions. I un model que pugui créixer i estendre's necessita de professionals alliberats i invertint hores en reflexió i investigació, cosa que ara per ara no està valorat a un nivell que gaudeixi d'impacte a la professió. Amb això es presenta un altre obstacle, la professionalitat restringida o mecanicista. Aquesta és considerada un obstacle, ja que es basa en la concepció de la tasca educativa de forma limitada a l'acció i a les indicacions per les quals un professional ha estat format. Creu que la resolució de problemes individualitzats resolen la situació general (Vilar et al., 2014). En consonància a aquests dos fets relacionats entre si, les persones usuàries dels serveis han identificat com a obstacles "*Los recursos*" (Annex 12, Q2) i "*Para realizar cualquier cursillo debes esperar mucho tiempo*" (Annex 12, Q2). Això denota sobre saturació de la demanda quant a recursos, cosa que es pot relacionar amb la saturació dels professionals i aquesta precisament és una causa molt comuna de funcionaments i actuacions mecanicistes.

Altre element destacable com a obstacle en la inserció social de persones drogodependents és l'estigmatització social i, com a conseqüència, l'assimilació del rol per la persona malalta. Construir el vincle entre la persona drogodependent i el grup normatiu que l'envolta no és fàcil, ja que aquest mateix grup l'ha estigmatitzat i marginat. La societat ha marginat i ha qualificat d' "anormal" els col·lectius dels que es vol allunyar i protegir (Valverde, 2002; López i Pérez, 2005). En relació, molts dels obstacles identificats per la societat general, en relació a la inserció social de persones drogodependents, van en aquesta línia.

Els obstacles més identificats per la població general han estat: els prejudicis, o en si l'obstacle proposat ja es considera com a prejudici (Annex 13, Q1; Q4; Q5; Q7; Q12; Q15; Q16; Q17; Q18; Q22; Q23; Q24), obstacles relacionats amb la falta de confiança i la por que persona recaigui al consum (Annex 13, Q1; Q3; Q5; Q9; Q10; Q11; Q12; Q14; Q15; Q17; Q20; Q21; Q23; Q29; Q30), la por, que té la societat, a què aquestes persones els atraquin, els hi encomanin alguna malaltia... és un altre obstacle bastant identificat socialment quant a la inserció social de persones drogodependents (Annex 13, Q2; Q3; Q6; Q7; Q10; Q20; Q22; Q29; Q30), també el rebuig o l'exclusió (Annex 13, Q2; Q7; Q8; Q9; Q10; Q11; Q13; Q14; Q18; Q19; Q22; Q24; Q25; Q26; Q30), a més del desconeixement o falta d'informació (Annex 13, Q3; Q5; Q6; Q16).

Tornant a remarcar l'existent culpabilització cap a la persona per part de la societat, un obstacle que sorprèn per la seva duresa, ha estat "*Haber empezado*" (Annex 13, Q27).

Obstacles com l'estigma social, el rebuig, el desconeixement, la culpabilització, la falta de confiança o l'associació que es fa de les persones drogodependents amb la delinqüència, també són obstacles mencionats especialment pels professionals socials entrevistats: "*Por otra parte el desconocimiento de la enfermedad puede llevar a que muchas empresas descarten a una persona por haber sido adicto en algún momento de su vida*" (E1, 159-160), "*Socialmente hablando, creo que se avanza en la normalización, pero muchas personas aún asocian la adicción a delincuencia.*" (E1, 161-162), "*(...) el estigma, el poco conocimiento (...)*" (E2, 275)...

"(...) la ignorancia, por parte de las personas del contexto, del entorno... También a veces también la familia no... bueno está muy quemada... o con toda su buena intención hacen una serie de intervenciones que no son favorables para el tratamiento. Por eso también desde aquí se hace esa atención familiar. Es muy importante tener en cuenta a la familia, en la medida que la familia pueda aportar cosas positivas e incluso poder bajar un poco el estrés y el sufrimiento que implica." (E2, 275-280).

Tan sols tres persones de tota la mostra de població general han pensat en algun obstacle que els hi sorgís internament a les persones en inserció social: "*Relaciones con los demás, dificultades por ambas partes*" (Annex 13, Q19), "*Inseguridad de la persona drogodependiente*" (Annex, 13, Q19), "*Falta de autoestima*" (Annex 13, Q8) i "*Poca autoestima y confianza en la persona afectada*" (Annex 13, Q23).

La inseguretats o falta de confiança per part de la persona drogodependents també és considerada com a obstacle per part dels professionals socials de l'àmbit:

"(...) la confianza en uno mismo, la vergüenza... bueno... el vivir con una enfermedad crónica, ¿no? Sí, que es para siempre ¿no? Exacto, no... no sé si voy a poder mantener

esto siempre ¿no? mantener esta abstinencia o... es esa sensación de vulnerabilidad y fragilidad” (E2, 286-289).

La major part dels obstacles proposats als qüestionaris de les persones usuàries són els mateixos o similars als esmentats anteriorment, a banda d'altres relacionats amb la inserció laboral (Annex 12).

La inserció laboral, considerada un element clau en la inserció i socialització de la persona en l'entorn, des de la teoria és presentada com a obstacle, ja que l'entrada al món laboral no serà fàcil i això repercuteix negativament. Per la saturació de demanda i escassetat d'oferta, encara serà més difícil que persones drogodependents, encara que rehabilitades, entrin al món laboral (Valverde, 2002). El fet de trobar feina, també ha estat identificat com a obstacle en la inserció per una part de la població general: *“El mundo laboral, la competencia”*(Annex 13, Q2), *“Competencia en la búsqueda de empleo, muchos candidatos que pueden tener las mismas aptitudes pero no ser drogodependientes”* (Annex 13, Q15), *“La crisis la sufrimos todos”* (Annex 13, Q20), *“Actualmente hay poco empleo”* (Annex, Q8), *“A la hora de buscar trabajo nadie te contrata* (Annex 13, Q10) i la *“Experiencia”* (Annex 13, Q4).

Quant a la inserció laboral, l'opinió dels professionals socials de l'àmbit és similar a la de la població general, amb l'actual crisi i destrucció de llocs de feina, s'ha complicat molt trobar-ne, i encara més per les persones en inserció social, que probablement han estat llargues temporades sense treballar, per tant, com ha sorgit anteriorment és probable que els hi manqui experiència: *“En primer lugar, la situación económica del país. Si ya es complicada para toda persona que no tenga empleo, aún más para personas que han estado sin trabajar largas temporadas.”* (E1, 157-158).

Un altre obstacle sorgit de la teoria, però sense cap resultat a les tècniques emprades és la inseguretat i el desconeixement a l'hora d'ocupar la gran quantitat de temps lliure que tenen al no tenir feina (Valverde, 2002). I per part dels professionals socials, han sorgit obstacles com el simple, però difícil, fet de *“¿cambiar de vida!”* (E2, 281) i les renunciacions que això comporta:

“Si, la confianza, y renunciar, cuando uno deja de consumir y quiere trabajar el mantenimiento de la abstinencia tiene que renunciar a muchas cosas, implica renuncia. Renuncia pues a cosas que... igual no están directamente asociadas con el consumo pero si están asociadas a su época de consumo.” (E2, 282-285).

NECESSITATS:

El tipus de necessitat al que fa referència la recerca és de serveis o prestacions (Casado, D., 2009). La manca de serveis dedicats a intervenir sobre una problemàtica seria una necessitat detectada. Quant a això, el 100% de les persones usuàries enquestades perceben que falten recursos d'inserció social especialitzats (Gràfic 25). Algunes aportacions per part d'aquests són la necessitat de més recursos gratuïts i més teràpies setmanals (Annex 12, Q6), la necessitat que les Comunitats Terapèutiques i altres centres tinguin contacte amb les persones que surten de comunitat, ja que es creu molt important el dia a dia, la constància..., és a dir, més seguiment (Annex 12, Q10), i la necessitat en inserció laboral, dins d'aquesta es torna a mencionar la necessitat en seguiment (Annex 12, Q11) i en recursos o serveis (Annex 12, Q2).

Per part dels professionals socials de l'àmbit, aquesta necessitat també és percebuda i expressen necessitats en nombre de recursos com Centres de Dia o Pisos d'Inserció: *"Faltan en número tanto centros de día como pisos terapéuticos. También potenciaría la creación de grupos o espacios de autoayuda en los centros de atención y seguimiento sobre todo en prevención de recaídas."* (E1, 32-34).

Altres necessitats detectades per aquests són en relació a l'aprofundiment en la intervenció individualitzada, a causa de la falta de personal:

"Creo que en los centros de día, donde la persona puede hacer un trabajo más ambulatorio, se trabajan las áreas sanitarias, psicológicas, socioeducativas y de integración sociolaboral de manera genérica, dada la falta de recursos y personal. Considero que se deberían realizar planes personalizados, adecuados a cada persona y un seguimiento más individualizado." (E1, 26-30).

Aquesta necessitat es pot relacionar, a banda de l'escassetat de personal, amb la manca de la figura del professional referent, mencionada anteriorment.

A més, es creu necessària una major informació i formació social, per tal d'incidir en la prevenció i la detecció precoç:

"Mayor información y formación social. Creo que nadie está libre de padecer una adicción y cada día más personas son adictas aunque no haya sustancia de por medio. Actualmente, los móviles, las redes sociales, los video juegos, etc. Los patrones de comportamiento, actitudes, repercusiones y estilos de vida que se llevan a cabo son los mismos que los de las personas que ingieren sustancias." (E1, 167-171).

INNOVACIÓ:

Les innovacions educatives, o en aquest cas socioeducatives, segons Imbernón (1996), es conceben com a propostes i aportacions, efectuades de manera col·lectiva, per tal de solucionar situacions problemàtiques de la pràctica, fet que comporta un canvi en els contextos i en la pràctica institucional de l'educació. Al llarg de la recerca han sorgit diversitat de propostes, en la presentació i anàlisi d'aquestes s'emfatitzarà sobre les col·lectives o les recolzades per diversos agents per tal de remarcar les que més s'ajusten a la definició teòrica.

Pel que fa a la proposta d'un servei de seguiment a llarg termini, més voluntari i eventual que un CAS, que de la mateixa manera que a les dones de 50 anys hi ha un servei que les informa sobre les revisions mamàries i als homes sobre les proves de càncer de colom, podria oferir cada cert temps a les persones drogodependents rehabilitades la possibilitat d'assistir a grups d'ajuda mútua, a teràpia, a un servei d'itineraris personalitzats d'inserció laboral... i, també, estar present com a lloc de contacte per possibles recaigudes... : Un 90,91% del conjunt de les persones usuàries enquestades creu que seria d'utilitat i milloraria l'eficàcia i l'impacte del tractament rebut (Gràfic 26). Encara que aquesta proposta, no ha estat proposada o efectuada de manera col·lectiva, tal com indica Imbernón (1996), si ha estat acceptada i ben rebuda pel col·lectiu.

Cap de les persones usuàries han trobat inconvenients en relació a un servei d'aquestes característiques, per contra, s'han trobat avantatges, com per exemple: *“Más cercano, y habría más rapidez en resolver muchos problemas”* (Annex12, Q2), *“Información, pues a veces no se saben los problemas y nosotros no nos molestamos hasta que es tarde”* (Annex 12, Q3), *“Te obligaría a tener un poco de seguimiento y proporciona círculo de personas con quien reunirse”* (Annex 12, Q11), *“La ventaja, sería muy bueno para saber que es una enfermedad para toda la vida, como las personas que tienen diabetes que es para toda la vida, y no es mal vista, y en cambio la nuestra está muy mal vista. Me gustaría que se hablara más de esta enfermedad.”* (Annex 12, Q5) i *“Pues visitaríamos más a menudo a parte del CAS, así irían más descansados, haría un voluntariado para reunimos dos veces por semana, más grupos de autoayuda”* (Annex 12, Q6).

La proposta també ha estat ben rebuda i sostinguda tant pels professionals socials de l'àmbit com pel professional de salut: *“Pues sería muy normalizador, si, lo veo bien y creo que sería útil”* (E2, 313), *“Si, sería de mucha utilidad.”* (E1, 199), *“Si... pero depende, habría que trabajarlo muy mucho, pero una vez se normalice...podría funcionar.”* (E2, 327-328), *“(...) si funcionés, sería ideal... però... calen més recursos sanitaris i econòmics, clar. Partint de la base que és una malaltia que crea cert rebuig social... i discrimina a les persones*

afectades...” (E3, 44-46), “Però, sí, perquè l’enfocament sistèmic de la malaltia... e... com t’he comentat abans... ha de ser precisament així, multifactorial. De no ser així... el fracàs del tractament està garantit.” (E3, 47-49).

Els professionals estan d’acord que milloraria l’impacte i l’eficiència del tractament rebut, a més de la qualitat de vida de les persones usuàries (E1, 210; E3, 67-68). També, fet comprovat amb l’anàlisi anterior dels arguments de les persones usuàries sobre la proposta, que seria ben acceptat per aquestes: *“Si, creo que para las personas que han decidido pedir ayuda y poder salir del problema cuantos más recursos se les ofrezcan mejor atendidos se sentirán.” (E1, 201-202), “Crec que sí... Sempre i quan estiguin ben informades.” (E3, 59).*

“Sí... però no crec que pugui ser només eventual... ha de ser un seguiment crònic i per tota la vida. Perquè... es que estem parlant d’una malaltia crònica... que ens agradi o no, té recaigudes... i aquestes formen part del procés de curació... però clar, controlades i supervisades... I que... sobretot, s’ha de tenir en compte que... per aquests tipus de serveis calen professionals preparats i formats.” (E3, 53-57).

Cercant si aquest recurs podria ser una manera de guanyar en normalització de la malaltia, el professional de salut opina que sí, en canvi un dels professionals socials opina que no fent referència al fet de continuar sent un recurs exclusiu per un col·lectiu determinat:

“Sí... però primer els usuaris han de prendre consciència per si mateixos de la pròpia malaltia... i decidir... si volen o no fer un tractament o seguiment. Es bo que sigui voluntari, perquè si se’ls imposa... o no en són conscients... serà un fracàs... però té els seus riscos...” (E3, 62-64).

“No necesariamente. Es un recurso únicamente para personas con esta problemática, lo que los distingue del resto de la sociedad. Sería una forma de abarcar más necesidades y dar respuesta las carencias de puedan tener los recursos existentes.” (E1, 205-207).

Amb aquestes opinions, si un dels objectius de la innovació presentada fos normalitzar socialment la malaltia i la inserció aquesta requeriria d’un plantejament diferent, més inclusiu.

Els professionals, a diferència de les persones usuàries, han aportat tant avantatges com inconvenients. Alguns opinen que tot serien avantatges, sempre que es potenciés l’autonomia, s’orientés, es resolguessin dubtes...: *“Pienso que todo serían ventajas. Siempre y cuando se potencie la autonomía de la persona. Es decir, se le dé una orientación y se le ayude a solventar dudas, pero si desde este tipo de servicios se le tramita todo al final las personas se acaban acomodando.” (E1, 212-214).* També que es faria un abordatge integral: *“(...) un avantatge... e... que es faria un abordatge integral.” (E3, 70).* I, com a inconvenient, que existeix el risc que ho desenvolupin professionals sense experiència o coneixement: *“I inconvenients... que existeix el risc de... que ho duguin a terme professionals*

no entrenats.” (E3, 70-71). O que hi hagi persones usuàries, que després de temps no vulguin tornar a recordar ni vincular-se altra vegada als serveis dirigits a les drogodependències:

“pero que pasa... que también, muchas veces las personas que, por ejemplo, si llevan 10 años, 5 años, 8 años... o incluso 20... abstinentes, pues depende de cómo no quieren volver a pensar en eso, o volver a sentirse enfermos... entonces aquí, lo veo muy normalizador a la hora de poder tratar la enfermedad como lo que es, una enfermedad crónica, desde la aceptación... pero que luego tuviese éxito...mm...no lo sé... no lo sé... veo esas trabas de que bueno... muchas personas no quieren luego volver a recordar... que también es un error ee... pero también depende mucho de en qué momento de la vida esté.” (E2, 313-320).

Un dels avantatges plantejats per una de les persones usuàries es podria entendre com a millora, proposta, o com a proposta d'innovació, amb l'excepció que no ha estat proposta de manera conjunta, com es defensa des de la teoria (Imbernón, 1996):

“(...) con más ayudas sobre todo en la reinserción laboral, social y de formación, y un apoyo gratuito más constante y diario que no hace el CAS. Nos ayudaría muchísimo a seguir positivos y decididos en nuestro gran objetivo ahora y siempre en la vida y la gran ilusión de poder salir del gran y largo y oscuro laberinto que uno se encuentra en el momento de pensar que se tiene que ingresar en C.T.” (Annex 12, Q10).

Aquesta persona proposa que sigui un servei gratuït d'ajuda i seguiment en relació a la inserció social, laboral i a la formació, semblant al proposat, però, en canvi, incideix en més continuïtat i més constància que el seguiment ofert pel CAS, aquesta opinió de la necessitat d'un seguiment més continuat és compartida també pel professional de salut:

“Sí... però no crec que pugui ser només eventual... ha de ser un seguiment crònic i per tota la vida. Perquè... es que estem parlant d'una malaltia crònica... que ens agradi o no, té recaigudes... i aquestes formen part del procés de curació... però clar, controlades i supervisades... I que... sobretot, s'ha de tenir en compte que... per aquests tipus de serveis calen professionals preparats i formats.” (E3, 53-57).

En preguntar a les persones usuàries, si proposarien alguna innovació en recursos, accions o programes en relació a la normalització social, la inserció social o laboral de les persones drogodependents, alguns han contestat que no, però la majoria, han aportat la seva opinió. En aquest cas sí que han sorgit idees amb aspectes i matisos compartits col·lectivament, destinades a la solució de situacions viscudes com a problemàtiques de la pràctica, i destinades a canviar els contextos en aquesta, com expressa Imbernón (1996) en relació a la idea d'innovació.

Han expressat, una vegada més, la necessitat de més i millors recursos, especialment de seguiment i acompanyament posterior. Exemples: *“Si, que hubieran grupos de drogodependientes para grupos de ayuda”* (Annex 12, Q6), *“Muchas más terapias”* (Annex 12, Q9), *“Mejoraría el CAS”* (Annex 12, Q10), *“Más salidas laborales para las personas con*

alta terap.” (Annex 12, Q10) i *“Más centros con acuerdos en inserción laboral y mas cursos de autoconocimiento y ayuda al salir”* (Annex 12, Q11).

“Sobre todo recursos, no puede ser que mi doctora desde que me atiende, unos 15 años, hable conmigo 10 minutos en 4 meses. Así es muy difícil que no se recaiga. Si no es por uno mismo y sus familiares, amigos...” (Annex 12, Q2).

A aquest tipus de propostes d’innovació, s’afegeix també el suport per part de l’opinió de professionals socials de l’àmbit, que afirmen que hi ha casos que sí que aprofitarien un seguiment més intensiu: *“A aquellas personas que vengan de un entorno social más desestructurado seguramente les iría bien un apoyo más intensivo.”* (E1, 189-190).

“(…) una cosa que pienso que se debería de... de plantear, y lo hemos hablado con el CAS y se ha hecho así alguna vez... es después de Comunidad Terapéutica, si hay la posibilidad, en el propio municipio, porque no siempre la hay, o donde vuelva la persona... hacer tratamiento en Centro de Día, durante x tiempo para poder trabajar esa vuelta al entorno.” (E2, 182-186).

De la mateixa manera, també donen suport a la proposta, mencionada anteriorment, plantejada per una de les persones usuàries, de la millora dels CAS:

“Sería interesante que se pueda recurrir a un educador de referencia para acompañar a la persona en su proceso de reinserción. Creo que podría formar parte de los diferentes CAS para poder orientar a nivel laboral, formativo, de alternativas de ocio, voluntariados, etc.” (E1, 191-193).

Aquesta última té altres aspectes als que donen suport també per les persones usuàries, com són les alternatives encaminades a la gestió de l’oci i el temps lliure, a més de l’autoconeixement o a les tècniques de relaxació: *“Salidas de grupos”* (Annex 12, Q6), *“Cursos de autoayuda”* (Annex 12, Q6) i *“Introducir muchas de las terapias de relajación que existen a día de hoy”* (Annex12, Q9). I recolzades també per més professionals socials: *“Posiblemente la firma de convenios con empresas para poder insertar laboralmente y por otra parte el pago mínimo o subvención en diferentes centros cívicos, gimnasios, actividades, etc.”* (E1, 221-223). En aquesta última aportació, s’expressa, a més de propostes pel que fa a l’oci i el temps lliure, una proposta en relació a la inserció laboral, fet mencionat anteriorment, també, per les persones usuàries.

I, finalment, altres van dirigides a promoure la normalització de la malaltia, la prevenció i el coneixement, a sensibilitzar a la població. Exemples: *“Más inteligencia emocional en las escuelas”* (Annex 12, Q10), *“Yo creo que la enfermedad la gente no lo cree, que es una enfermedad, lo ven como un vicio que tú has hecho. Me gustaría que se hablara más y que pudieran decir que es una enfermedad”* (Annex 12, Q5), *“(…) cambiar mucho la mentalidad de las personas que llevan estos asuntos para poderlos admitir como una enfermedad*

normal” (Annex 12, Q7). Els professionals socials també es posicionen en acord amb aquestes propostes:

“Yo creo que... importante, ya no es tanto la integración de la persona, ¡que también! Sino hacer más trabajo de sensibilización, que se hace poquito... Que tampoco es innovación... con esta idea no estoy innovando, pero dentro de esta idea se puede innovar. Sabe lo que quiero decir... que en esta línea de sensibilización... de normalización... como enfermedad... ¡como lo que es!, sí que se podría trabajar mucho más. Y creo que es una silla, que ahora mismo, está coja ¿no? y que es un trabajo que también... es nuestro trabajo, el de los profesionales que nos dedicamos a este ámbito... también trabajo de las propias personas que padecen la enfermedad... y luego, evidentemente, pues de las instituciones... y de las entidades públicas, y privadas.” (E2, 336-341).

En la mateixa línia de normalització, prevenció i sensibilització, el professional de la salut proposa accions quant a informació social de la malaltia i dels recursos existents:

“(...) en quan a la normalització... doncs... com qualsevol altra malaltia amb un fort component psicològic. S'hauria de... és a dir, que cal formar a la població de la existència... de la simptomatologia... i també dels recursos disponibles per abordar-la... perquè no... no es coneixen...” (E3, 81-84).

I, especialment en prevenció i detecció precoç, detecta coma element clau per futurs programes la formació i capacitació a mestres, pares i sanitaris:

“(...) la clau és, el treball des de les escoles i els centres de salut... S'ha de treballar per la formació de persones que estan treballant amb persones. I als mestres, formar-los perquè siguin figures capaces de... de detectar precoçment el consum. I més formació, també, a pares i a sanitaris.” (E3, 77-80).

La proposta, esmentada anteriorment, de treballar més la intel·ligència emocional en les escoles (Annex 12, Q10), va ser comentada a una de les entrevistes a un professional social de l'àmbit, i a més de conèixer accions semblants, aquest afirma que aquesta és essencial a l'hora de treballar la prevenció i la sensibilització:

“(...) el servei de joventut d'aquí del Prat, hace poquito, el mes pasado, puso una psicóloga del servicio haciendo un curso que duró 8 días sobre inteligencia emocional. Y... ¡y tanto! Que es fundamental a nivel de prevención y sensibilización.” (E2, 358-361).

9. CONCLUSIONS

Després de l'anàlisi i discussió entre la teoria i les dades obtingudes de la mostra, es presentaran els resultats de la recerca en format de conclusions, tenint en compte els objectius d'aquesta. Finalment, a la prospecció, es proposaran temes i línies per futures investigacions i, com afegit, s'inclouran els límits sorgits al llarg de la recerca.

CONCLUSIONS FINALS:

A través de l'anàlisi realitzat, es detecta una insatisfacció i necessitat per part de la societat, de les persones usuàries i dels professionals en relació a la quantitat de recursos existents. Concretament quant a Centres de Dia i Pisos d'Inserció (recursos especialitzats d'inserció), on especialment aquests últims tenen llistes d'espera molt llargues.

En canvi, la qualitat dels recursos existents es valora positivament per part dels professionals socials de l'àmbit, especialment la dels Pisos d'Inserció, que es considera que tracten tots els àmbits d'inserció de la persona. Tot i així, existeix gran dificultat per establir els elements que incideixen en la satisfacció de les persones usuàries, ja que una gran part d'aquestes no valoren els recursos, de manera general, com a recursos de qualitat.

Quant a l'accessibilitat als recursos, de tots els elements influents, la principal dificultat que es planteja és l'econòmica. Això a fet pressió sobre les entitats privades, que han realitzat grans esforços per abaratir els costos i, finalment, les persones usuàries valoren els recursos com a bastant accessibles.

Pel què fa als elements que interaccionen en la intervenció que es realitza des dels recursos, el concepte de treball en xarxa s'ha renovat per tal d'integrar el màxim de mirades en una problemàtica concreta i crear una resposta comuna i consensuada, però a la pràctica tan sols comencen a veure's petits canvis i augment de relació entre recursos, i en equips molt reduïts en els que un dels motius ha pogut estar la necessitat.

Es confirma l'existència de seguiment al llarg del procés personal de les persones usuàries dels recursos, tot i que la figura del professional referent, molt valorada per aquests i per la teoria, està desapareixent i perdent valor pels professionals.

Els processos, i el seguiment d'aquests, al contrari del que defensa la teoria, tenen un període establert, encara que flexible, per tal de no alimentar la cronicitat als serveis. I pel que fa als seguiments existents, posteriors a l'alta d'un recurs, es realitzen des de serveis

diferenciats a aquests. Tot i que, gran part de persones usuàries afirmen que no es fan, s'ha conclòs que per falta d'informació, ja que moltes altres també expressen que no ho saben.

L'acompanyament és, de manera general, valorat positivament i com a imprescindible per les persones usuàries dels recursos. S'ha conclòs que es té molt present en les fases d'acollida, però sembla perdre qualitat en moments de finalització i abandonament del servei, de la mateixa manera que en els canvis de recursos.

La majoria de persones usuàries i alguns professionals conceben les recaigudes com a fracassos i retrocessos que porten de nou a l'estil de vida de consum. Tot i haver d'altres que les defineixen com a aprenentatges que formen part del procés de recuperació, que són coneixements i experiències a les quals donar un nou significat per tirar endavant. Des de la present recerca es recolça aquesta última mirada i es creu convenient treballar per generalitzar-la. En relació, les principals causes de les recaigudes detectades són l'exposició a situacions de risc, voluntàries o no, la manca de recursos i habilitats per afrontar situacions difícils, la deixadesa progressiva per depressions o desànim i la falsa confiança o falsa seguretat. Cosa que un seguiment continuat posterior al tractament es creu que podria evitar o treballar perquè la recaiguda no desencadeni la tornada als hàbits de consum.

Com a principals obstacles per la inserció social de persones drogodependents s'han identificat la saturació dels recursos i els professionals, els prejudicis, el rebuig, l'exclusió, la falta de confiança i la por social, el desconeixement, la falta d'informació i la manca d'empatia, molts d'aquests influents en la normalització social de les drogodependències i la inserció de persones drogodependents rehabilitades.

S'ha confirmat des de la percepció social, professional i personal de les persones drogodependents, que aquestes segueixen sent considerades un col·lectiu marginal, i a més d'aquesta consideració, conviuen amb l'existent estigma i culpabilització de la societat. Tant és així, que fins i tot, encara que no de manera majoritària, hi ha una gran part de població que no està d'acord, o es qüestionen, que aquestes persones tinguin sanitat pública. I a més, no consideren la drogodependència com a una malaltia crònica més, o no estan informades com per valorar-ho.

Quant al nivell de cobertura de la sanitat pública cap a les drogodependències, es conclou la manca d'abordatge de la malaltia en tota la seva complexitat i la no equiparabilitat a la cobertura d'altres malalties, en part, pel desconeixement i l'estigma.

Per part de la societat general i de professionals de salut, s'evidencia un gran desconeixement en relació a l'existent circuit de tractament de les drogodependències, encara que les persones usuàries no tenen aquesta percepció, ja que aquestes estan més informades.

Des de l'opinió social, es creu possible i real la inserció social de persones drogodependents, cosa que en un primer moment dóna suport a les observacions, presentades per la Resolució del 2 de febrer de 2009, en relació al descens de repressió i càstig per part de la societat. A més, semblen no tenir molts inconvenients a l'hora de contractar persones drogodependents. En canvi, a la pràctica, els professionals socials detecten que la inserció social de persones drogodependents no està normalitzada ni acceptada a causa de la no consideració social com a malaltia, fet esmentat anteriorment, ja que altres col·lectius amb els que també es treballa la inserció social són més acceptats.

Pel que fa a necessitats concretes detectades, s'han determinat, necessitats en quantitat de serveis dedicats al contacte, seguiment i inserció sociolaboral posterior als tractaments, a més de necessitats en relació a més personal socioeducatiu en els centres com, per exemple, els Centres de Dia, per tal de donar una atenció més individualitzada.

Cal mencionar, que al llarg de la investigació s'han evidenciat alternatives de seguiment i acompanyament posterior al tractament. Aquestes són dedicades a acompanyar a la persona en el procés d'adquisició d'autonomia i adaptació a la nova situació. Cal dir que a la XAD no apareix cap servei dedicat exclusivament a un seguiment de llarga durada que garanteixi el seguiment continuat i l'acompanyament en aquests processos, i/o que acrediti la inserció social i laboral real.

Manquen serveis de seguiment i inserció públics. Sobretot en relació a la inserció laboral, a la formació continuada, a alternatives d'oci... on la persona pugui assegurar el seu futur i un entorn estable un mínim d'un o dos anys per poder així donar un petit salt cap a la incorporació a la societat i al món laboral. De la mateixa manera, manca coneixement i normalització d'aquests.

En relació, les innovacions i millores suggerides al llarg de la recerca van en la línia de:

La creació d'algun tipus de servei dedicat al seguiment continuat i posterior als tractaments, a la informació, la formació, l'acompanyament, la inserció laboral, l'oci...

que es considera seria de gran utilitat i milloraria l'impacte i l'eficiència del tractament i la qualitat de vida de les persones ateses.

La creació de convenis i acords amb empreses per poder oferir placés d'inserció laboral al finalitzar els tractaments.

La millora de l'impacte del tractament a través de la continuïtat al Centre de Dia del municipi on torni la persona, quan hi hagi i sigui possible, o la realització d'un treball més integral al CAS (Implantar millores en atenció continuada i integral al CAS).

La realització de tallers formatius a professionals educatius (mestres) i sanitaris sobre prevenció, sensibilització i detecció precoç de les drogodependències o les conductes addictives. S'ha determinat que la clau de l'èxit es troba en una bona prevenció i sensibilització social, a través de, per exemple, tallers de coaching i intel·ligència emocional a les escoles, especialment dirigits als alumnes.

Cap a on han d'anar les polítiques públiques en matèria de drogodependències?

Finalment, s'han concretat quatre accions, com a grans eixos desencadenants de les conclusions i importants a tenir en compte pel desenvolupament de polítiques públiques, futurs projectes i intervencions, en matèria d'inserció social de persones drogodependents:

- Invertir i donar suport en la creació de més equipaments d'inserció social, com Centres de Dia i Pisos d'Inserció, a més de l'augment de la quantitat de professionals socials en aquests.
- Invertir i donar suport en la creació de recursos i alternatives de seguiment i acompanyament integral posteriors als tractaments, a més de millorar l'atenció continuada i integral des dels CAS.
- Cercar alternatives i augmentar els recursos en relació a la inserció laboral.
- Treballar la prevenció, la sensibilització i la tolerància social, tant amb nens com amb joves i adults.

9.1. PROSPECTIVA

Finalment, després de les experiències de pràctiques i de la realització de la present recerca, han sorgit altres qüestionaments, entre ells el plantejat a continuació:

Existeixen moltes persones que, a causa dels fracassos a l'intentar aconseguir l'abstinència, queden marginades i rebutjades sense cap possibilitat ni oportunitat en temes d'inserció. No es podria anar més enllà en la inserció? Es podria oferir a aquestes persones la possibilitat de començar a sentir-se útils a la societat i al mercat laboral? Es poden oferir espais de feina on puguin tornar a ser i sentir-se competents i amb possibilitats laborals?

Moltes persones es troben resignades, tot i la voluntat de realitzar altres activitats, a cobrar la seva pensió i intentar portar la seva drogodependència el millor possible. Després de diversos intents per deixar la seva addicció i no aconseguir-ho, s'han donat per vençuts, o simplement no volen deixar-ho, però alhora, existeixen espais on se'ls ha donat l'oportunitat i han demostrat que són capaços, per exemple, de fer tallers, fer bosses, motxilles, moneders, collars per gossos... i vendre'ls, a mercats de Nadal o fires de Sant Jordi, per reunir diners pel centre. Per què no fer inserció laboral amb aquestes persones? Per què no oferir-los la possibilitat de guanyar-se un valor social, un lloc útil a la societat i al mercat a banda de la seva malaltia?

Al llarg de la investigació no ha sorgit cap dada, percepció o evidència en relació al fet plantejat ni a la preocupació per aquest. Així, manca molt coneixement, i aquest és un tema que es deixarà per futures investigacions, tot i així, cal esmentar que ja estan en marxa, a Àustria, empreses amb treballadors en consum actiu. És una manera de dignificar aquestes persones, valorar-les, que es guanyin un sou i un valor social, a més d'una forma de reduir danys.

9.2. LÍMITS DE LA RECERCA

Al llarg de la recerca s'han presentat diversos límits, tot i així, cap ha estat suficientment significatiu com per evitar el desenvolupament i finalització satisfactòria d'aquesta.

L'accés a la mostra ha estat una gran dificultat, ja que els professionals socials de l'àmbit i els professionals de salut semblen estar molt saturats. Pel que fa a la mostra de persones usuàries l'accés també ha estat dificultós, ja que des dels recursos existeix una elevada protecció per la confidencialitat d'aquestes.

El fet que la mostra de professionals socials hagi estat extreta tan sols del Grup ATRA, tot i ser de diferents recursos i haver obtingut opinions diferenciades, és possible que hagi condicionat, en part, els resultats i conclusions de la recerca. Possiblement si la mostra de professionals procedís d'una altra fundació, o de diverses, els resultats i conclusions variarien.

A l'hora de donar forma als resultats recollits, l'amplitud i extensió de la quantitat de variables a analitzar també ha estat una dificultat, tot i superada satisfactòriament.

Finalment, com a primera experiència en recerca aplicada, s'ha comès l'error d'una manca de planificació real dels tempos que requereix una recerca en relació a l'aplicació de les tècniques de recollida de dades. En l'aplicació d'aquestes s'ha de tenir molt en compte el fet de comptar amb un marge de temps significatiu, ja que es depèn completament de l'agenda, el temps de rebuda i atenció, d'agents externs, com han estat els recursos d'accés a la mostra.

10. BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

Alonso, I., & Funes, J. (2009). El acompañamiento social en los recursos socioeducativos. *Educación Social: Revista de intervención socioeducativa*, 42, 28-46. Recuperat a http://www.izangai.org/files/acompanamiento-social_3.pdf

Aragall, F. (2010). *La accesibilidad en los centros educativos*. Recuperat a <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/TelefonicaAccesible/Lists/Coleccion/Attachments/22/LA%20ACCESIBILIDAD%20EN%20LOS%20CENTROS%20EDUCATIVOS.pdf>

Bartoll, X. [coord.] (2015). *La salut a Barcelona 2014*. Recuperat a http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut2014_2010.pdf

Boira, S., Gajón, I., & Used, P. (2000). Historia personal: Reelaboración y cambio. *Educación Social*, 14, 52-72. Recuperat a <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/144558/383428>

Calvo, A., Yubero, A., Aragonés, B., Rueda, E. F., Rueda, F. I Molina, A. (2012). *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente 2012*. Recuperat a http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/Observatorio-PH_2012.pdf

Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos d'Inserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya. Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos d'Inserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya. Recuperat a www.coordinadrog.org/

Díaz, J., Cívís, M. I Longás, J. (2014). La gobernanza de redes socioeducativas: claves para una gestión exitosa. *Teoría de la educación: Revista Interuniversitaria*. 25(2), 213-230. Recuperat a <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/11584/12001>

Eréndira, S. i Nute, L. (2013) Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: una revisión bibliogràfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (1), 189-213. Recuperat a <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/36346>

Escudero, M. (2011). Les persones drogodependents. Dins Pelegrí, X. (Ed.), *Els serveis socials a Catalunya: aportacions per al seu estudi*. (p.475-489). Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.

Funes, J. (1986). Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 24. Recuperat a <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=256>

Generalitat de Catalunya. (2014). *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies*. Recuperat a http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/serveis_socials_per_a_persones_amb_dependencia/index.html

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (1995). *Canal Salut: Drogas*. Recuperat a <http://drogues.gencat.cat/es/>

Imbernón, F., (1996). *En busca del discurso educativo.: La escuela, la innovación educativa, el currículum, el maestro y su formación*. Recuperat a <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/94817/EL003277.pdf?sequence=1>

Margolles, P. (2014). *Descubre cómo ser un científico 2.0*. Recuperat a <http://www.neoscientia.com/abstract-cientifico-ejemplos/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. *eCIEMaps v3.0.5*. Recuperat a [F19&expand=1&clasificacion=cie10mc&version=2010](http://www.ciema.es/F19&expand=1&clasificacion=cie10mc&version=2010)

Murillo, F. (2006). *Cuestionarios y escalas de actitudes*. Recuperat a https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf

Organització Mundial de la Salut (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.²¹ Recuperat a http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Orteu, X., Pi, J. i Poch, M. [coords.] (2007). *Guia d'inserció sociolaboral adreçada als professionals de l'àmbit de les drogodependències*. (1a ed.) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Subdirecció General de Drogodependències. Barcelona: El Tinter, SAL.

Palacios, D. (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre Drogas*. Recuperat a

²¹Versió del document en espanyol (2008): El Director de l'Organització Mundial de la Salut ha atorgat els drets d'una edició en espanyol al Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya que és el responsable únic de la mateixa.

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/femp.pdf>

Ras, J. (2003). *La gestió de la qualitat en els serveis educatius locals*. Recuperat a <https://www.diba.cat/documents/113226/127468/educacio-pdf-tema15-pdf.pdf>

Raya, E. & Funes, J. (Coord.) (2001). La practica del acompanyamiento. *Dins* Raya, E. & Funes, J. (Coord.), *El acompanyamiento y los procesos de incorporaci3n social*. Recuperat a https://campus.peretarres.org/pluginfile.php/43112/mod_resource/content/1/La_practica_del_acompanamiento.pdf

Riberas, G., Vilar, J. i Mora, P. (2013). *Elaboraci3n de projectes socials. Disseny i avaluaci3n de les accions socioeducatives* (p. 15-38). Barcelona: Editorial Claret, SLU.

Valverde, J., (1996). *Vivir con la droga: Experiencia de intervenci3n sobre pobreza, droga y sida*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.

Valverde, J., (2002). *El diálogo terapéutico en exclusi3n social: Aspectos educativos y clínicos*. Madrid: Narcea, S. A. De Ediciones.

Vilar, J. (2008). Implicaciones éticas del trabajo en red y la acci3n comunitaria. *Cultura y Educaci3n*. Fundaci3n Infància y Aprendizaje. Barcelona, 20 (3), 267-277.

Vilar, J.; Riberas, G., Rosa, G. (2014). El compromiso de la universidad frente a un mundo incierto y complejo: Propuestas para la formaci3n de profesionales reflexivos. *Revista Lugares d'Educaçao [RLE]*, 4(9), 132-149. Recuperat a https://www.academia.edu/9696655/El_compromiso_de_la_universidad_frente_a_un_mundo_incierto_y_complejo_Propuestas_para_la_formaci3n_de_profesionales_reflexivos

10.1. BIBLIOGRAFIA DEL MARC JURÍDIC I INSTITUCIONAL

Catalunya. DECRET 105/2009, de 7 de juliol, pel qual es crea la Comissió Interdepartamental sobre Drogues. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 10 de juliol de 2009, núm. 5418, pp. 55476-55480. Recuperat a <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/legislacio/drogcom09.pdf>

Catalunya. DECRET 200/2002, de 23 de juliol, pel qual es regula la senyalitzaci3n de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*

[DOGC], 29 de juliol de 2002, núm. 3687, pp. 13666. Recuperat a http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=286082&language=ca_ES&action=fitxa

Catalunya. DECRET 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 17 de setembre de 2015, núm. 6958. Recuperat a http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=702923&language=ca_ES

Catalunya. DECRET 235/1991 de 28 d'octubre, de desplegament de la Llei 10/1991, de 10 de maig, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 20 de novembre de 1991, núm. 1520. Recuperat a <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/d235-91.pdf>

Catalunya. DECRET 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, parcialment modificada per la Llei 10/1991, de 10 de maig. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 20 de desembre de 1991, núm. 1532, pp. 6483. Recuperat a http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=69635&action=fitxa

Catalunya. DECRET 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 10 de març de 2005, núm. 4340, pp. 5962. Recuperat a http://consum.gencat.cat/legislacio/D_32_2005.pdf

Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]. Recuperat a: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_cercador_de_normativa/?action=print&excludeInvalid=true&filterType=materies&language=ca_ES&excludeInvalid=Excloure+disposicions+no+vigents&bltextWords=Paraula%2Fes+del+text&newSearchId=6376907&page=1&pageResults=12&searchId=6376907&searchTypeParam=advanced&textWords=Drogodepend%C3%A8ncies&txtexcludeInvalid=S%C3%AD&txttextWords=Drogodepend%C3%A8ncies

Catalunya. Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 19 de març de 2002, núm. 3598, pp. 4910. Recuperat a http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=279554&language=ca_ES&action=fitxa

Catalunya. Llei 10/1991, de 10 de maig, de modificació de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 22 de maig de 1991, núm. 1445. Recuperat a http://jovecat.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/vacances_i_estades/installacions_juvenils/llei10_1991_modificacio_jovecat.pdf

Catalunya. Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 7 d'agost de 1985, núm. 572, p. 27151. Recuperat a http://jovecat.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/vacances_i_estades/installacions_juvenils/llei20_1985_jovecat.pdf

Catalunya. Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, del 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 22 de juliol de 1998, núm. 2686, pp. 9052. Recuperat a http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=192681

Catalunya. RESOLUCIÓ SLT/____/2015, de 15 de gener, per la qual s'aproven criteris en matèria de salut pública per orientar les associacions cannàbiques i els seus clubs socials i les condicions de l'exercici de la seva activitat per als ajuntaments de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*. Recuperat a <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/noticies/actualitat/arxiu/cannabis/Resolucio-sobre-cannabis.pdf>

Catalunya. RESOLUCIÓ SLT/1447/2011, de 6 de juny, per la qual es convoca concurs públic per a la concessió de subvencions a entitats de caràcter no lucratiu per al finançament d'activitats de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents a l'any 2011. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 16 de juny de 2011, núm. 5901, pp. 33973-33974. Recuperat a <http://legislacion.derecho.com/resolucio-slt-1447-2011-06-junio-2011-departament-de-salut-3541032>

Catalunya. RESOLUCIÓ SLT/2244/2015, de 7 d'octubre per la qual s'obre la convocatòria per a la concessió de subvencions per al finançament a entitats privades sense afany de lucre que realitzin actuacions a l'àmbit de la salut de prevenció i tractament de les drogodependències corresponents als anys 2015 i 2016. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC]*, 14 d'octubre de 2015, núm 6975. Recuperat a http://www.ccoo.cat/ceres/documents/recull_legislatiu/17237.pdf

Espanya. Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009- 2016. *Boletín Oficial del Estado [BOE]*, 13 de febrer 2009, núm. 2451, p. 15284-15312. Recuperat a <https://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (1995). *Canal Salut: Drogas*. Recuperat a <http://drogues.gencat.cat/es/>:

10.2. ALTRES FONTS CONSULTADES

Alonso, H., Ruiz, P., Sánchez, J. i Oficialdegui, R. (2014). Exclusión social, medio abierto e incorporación social en la Asociación Bizitegi: un modelo de intervención socioeducativa en programas de reinserción social desde la Pedagogía Social Comunitaria. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, 48-66. Recuperat a <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/278528/366289>

Benadiba, L. (2007). Construcción de Fuentes Orales. Dins Benadiba, L. (Ed), *Historia oral, relatos y memorias*. (p.41-59). Recuperat a http://comisionporlamemoria.org/bibliografia_web/metodologia/Benadiba.pdf

Canes, C. (2000). El ámbito sociosanitario: Un nuevo campo de trabajo para el educador/a social? *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 15, 95-100. Recuperat a <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/144582/382748>

Casado, D. (2009). Guia pràctica 2: Avaluació de necessitats socials. Recuperat a http://www.ivalua.cat/documents/1/05_03_2010_12_45_15_Guia2_Necessitats_Juny2009_fi_nal.pdf

Colomer, C. i Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y el cambio social*. (1a ed.). Barcelona: Elsevier España, S. L.

Díez, M^a A. i Setién, M^a L. (2005). Bases metodológicas para la evaluación de proyectos de inserción social y laboral. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, 2(60), 110-137. Recuperat a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2119180>

Gómez, M. (2009). La intervención educativa en el proceso de inserción laboral. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 41, 15-34. Recuperat a <http://docplayer.es/164502-La-intervencion-educativa-en-el-proceso-de-insercion-laboral.html>

Lete, M^a R., Revuelta, M^a C. i Sánchez, E. (2000). La dependencia relacional e las mujeres adictas. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 14, 27-36. Recuperat a <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/144556/383426>

López, E., Pérez, M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*, 87, 1-6. Recuperat a http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=817

Martí, V. (1999). El tractament de les drogodependències. *Temps d'Educació*, 22, 247-258. Recuperat a <http://www.raco.cat/index.php/TempsEducacio/article/view/126046/246518>

Pulido, M. i Aranda, M. (1997). *Grupos de autoapoyo con proyección social: para familiares de drogodependientes*. Recuperat a http://www.cruzroja.es/crefat/documentos_crefat/Tomo2.pdf

Ramón, E. (2003). *Primer Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. Recuperat a <http://hoxe.vigo.org/pdf/Plandrogas/BoasPracticas.pdf>

Rodríguez, M. (2007). La integración sociolaboral de drogodependientes: Premisas de intervención. *Salud y Drogas*, 7(1), 187-203. Recuperat a <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970113.pdf>

Salvador, T. i del Pozo, J. (2010). Drogas y Atención primaria: *Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*. Recuperat a <https://www.riojasalud.es/noticias/2665-guia-practica-de-intervencion-sobre-el-abuso-del-alcohol-y-otras-drogas>

Servicio de Investigación Social Fundación EDE. (2011). *Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas 2011*. Recuperat a <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/23-Procesos-insercion-sociolaboral-personas-extoxicomanas.pdf>