



MANUAL PARA EL ABORDAJE DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS

LORENZO SÁNCHEZ PARDO

AGRADECIMIENTOS:

El contenido de esta publicación se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias.

COORDINACIÓN:

Esther Anaya González. Jesús Morán Iglesias. Rosario Sendino Gómez.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Joaquín Corcobado Romo. Elena Ramón Cercas.
Federación Española de Municipios y Provincias.

AUTOR:

Lorenzo Sánchez Pardo. Director Técnico de Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.

CITA RECOMENDADA:

Sánchez Pardo, L. *Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 105 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-24-039-8

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

**MANUAL PARA EL ABORDAJE
DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN
SOCIAL DE LAS PERSONAS
CON TRASTORNOS ADICTIVOS**

LORENZO SÁNCHEZ PARDO
Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos S.L.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. POBLACIÓN DESTINATARIA Y OBJETIVOS DEL MANUAL	9
3. CRITERIOS ORIENTADORES DE LOS CONTENIDOS DEL MANUAL	12
BLOQUE 1.	17
CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLAN LAS INTERVENCIONES DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON ADICCIONES	
4. LA NATURALEZA DE LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL	18
4.1. La complejidad de los procesos de exclusión social	19
4.2. Elementos definitorios de la exclusión social	21
5. PAUTAS PARA ABORDAR LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNOS ADICTIVOS	23
6. NECESIDADES EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNOS ADICTIVOS Y PERSPECTIVA DE GÉNERO	26
7. MARCO JURÍDICO-INSTITUCIONAL Y MODELOS DE INTERVENCIÓN EN INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES	33
7.1. Marco normativo regulador de la incorporación social en adicciones	34
7.2. Marco estratégico de la incorporación social en adicciones	35
7.3. Papel de los servicios sociales en materia de incorporación social	38
BLOQUE 2.	39
PROPUESTA OPERATIVA PARA EL ABORDAJE DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON ADICCIONES	
8. ESCENARIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL	40
9. PROCESOS CLAVES PARA LA INCORPORACIÓN SOCIAL Y PROCEDIMIENTOS PARA SU EJECUCIÓN	43
9.1. Evaluación de necesidades en materia de incorporación social	46
9.2. Evaluación de recursos, expectativas e intereses personales	49
9.3. Elaboración del diagnóstico de incorporación social	51
9.4. Diseño de contenidos del Plan Personalizado de Incorporación Social	54
9.5. Ejecución de las actuaciones previstas en el Plan Personalizado de Incorporación Social	61
9.6. Seguimiento del desarrollo del Plan Personalizado de Incorporación Social y continuidad de los apoyos	61
9.7. Evaluación del Plan Personalizado de Incorporación Social	63

BLOQUE 3.	69
PROPUESTA DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL	
10. INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS CLAVES	70
10.1. Instrumentos para realizar la evaluación de necesidades	71
10.2. Instrumentos para realizar la evaluación de recursos, expectativas e intereses personales	75
10.3. Instrumentos para la elaboración del diagnóstico de incorporación social	77
10.4. Instrumentos para el diseño de los contenidos del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)	79
10.5. Instrumentos de coordinación para el desarrollo del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)	81
10.6. Instrumentos para el seguimiento del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)	82
10.7. Instrumentos para la evaluación del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)	84
10.8. Instrumentos de registro de las intervenciones realizadas para su inclusión en sistemas de información autonómicos/nacionales	86
BLOQUE 4.	89
CRITERIOS BÁSICOS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN INCORPORACIÓN SOCIAL	
11. CRITERIOS BÁSICOS DE CALIDAD EN INCORPORACIÓN SOCIAL	90
12. INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL	94
12.1. La importancia de promover la investigación relacionada con los procesos de exclusión e incorporación social	95
12.2. Vías de financiación de investigaciones y estudios en el ámbito de la incorporación social en adicciones	95
13. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	98
14. ACRÓNIMOS	103

PRÓLOGO

En un contexto como el actual, caracterizado por profundas transformaciones sociales y económicas en ámbitos como el empleo, los niveles de renta y las relaciones familiares y sociales, amplios sectores de población se encuentran en situación de vulnerabilidad social o en riesgo o situación de exclusión social. Esta realidad obliga a los poderes públicos a redefinir sus políticas sociales y a establecer mecanismos de coordinación interinstitucional que faciliten la plena participación en la vida económica, social y cultural del conjunto de la población y, en particular, de las personas pertenecientes a colectivos vulnerables.

Hasta ahora, las políticas de incorporación social (IS) se caracterizan por el papel preeminente atribuido a las Comunidades Autónomas (CC.AA) en el diseño y la gestión en materia de prevención de la exclusión y de apoyo a los procesos de IS, y por el protagonismo del Tercer Sector en la gestión, implantación y desarrollo de servicios y programas de IS, muchos de ellos cofinanciados por diferentes administraciones públicas. En esta línea, tanto la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 como el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 incluyen entre sus objetivos estratégicos la definición de un marco común de actuación en el área de IS y el fomento de la participación de las corporaciones locales y de las entidades privadas sin fin de lucro en los programas de inserción laboral y social.

Uno de los ejes centrales de reformulación de las políticas en materia de exclusión social pasa, necesariamente, por incrementar el protagonismo de las administraciones locales en el diseño e implementación de las estrategias para prevenir las situaciones de exclusión y facilitar los procesos de IS. Si bien el actual marco jurídico-legal atribuye competencias limitadas en esta materia a las entidades locales, existe un amplio consenso acerca de la necesidad de establecer acuerdos de colaboración interinstitucional y estructuras administrativas que faciliten la coordinación y el trabajo en red del conjunto de recursos y servicios que trabajan en un mismo territorio.

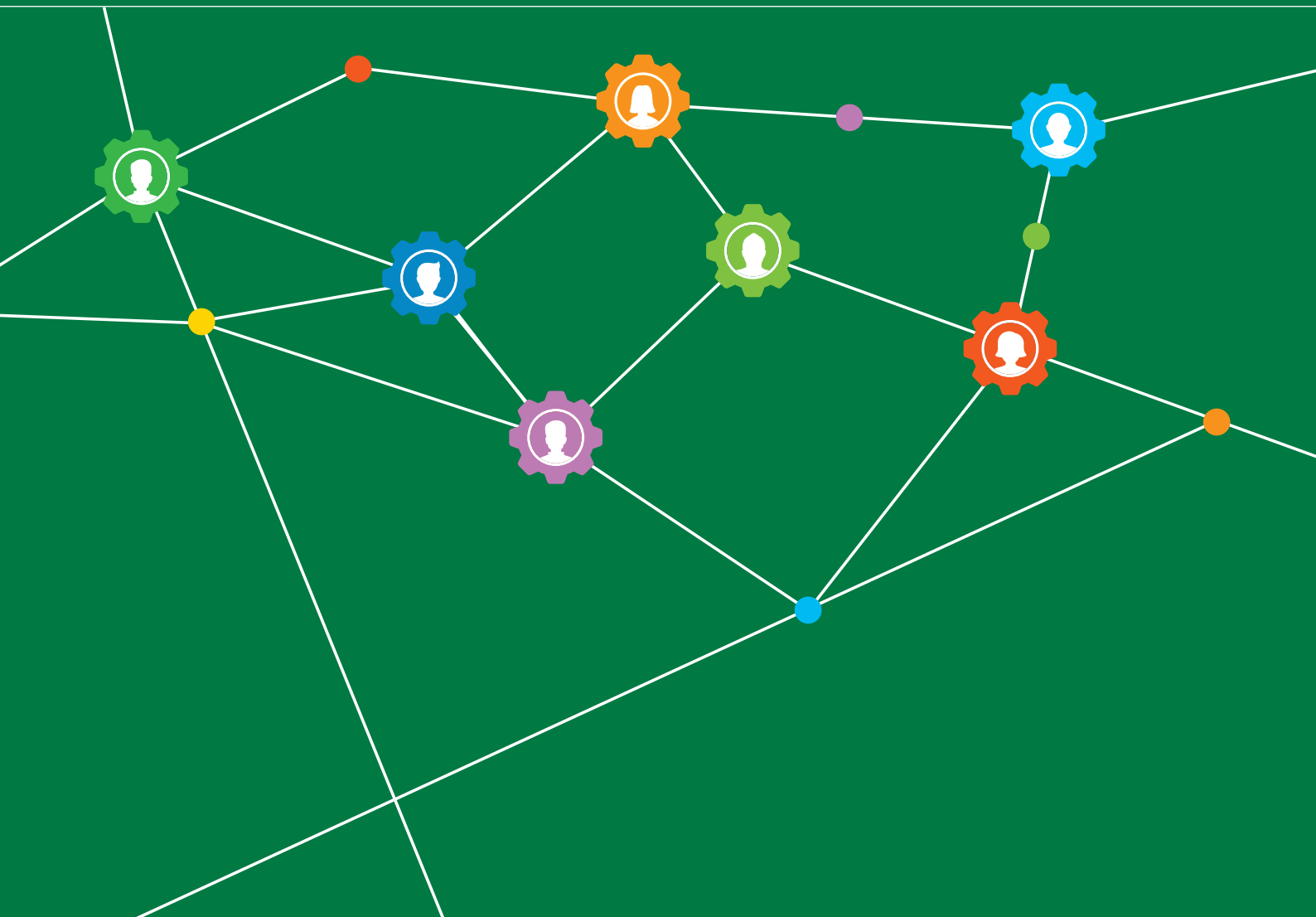
La implicación y participación de las administraciones locales en las políticas y programas de prevención de la exclusión social y de apoyo a la IS ofrece evidentes ventajas, como su proximidad a las situaciones de riesgo y/o de exclusión social y el conocimiento de los recursos existentes en el territorio. Además, resulta esencial en colectivos sometidos a estigmatización social, como la población con trastornos adictivos, donde es necesario que las acciones directas con estas personas vayan acompañadas de intervenciones a nivel comunitario que contribuyan a modificar las percepciones y actitudes sociales, propiciando la existencia de entornos sociales más inclusivos.

Por estas razones debe avanzarse en la definición de políticas locales que establezcan las estrategias y actuaciones que los ayuntamientos y otras entidades locales desean promover para avanzar en la equidad social y la igualdad de oportunidades, y fortalecer la cohesión social. Estrategias y actuaciones que deben concretarse en planes locales de inclusión social que permitan mejorar la efectividad de las intervenciones desarrolladas para favorecer la IS de la población con adicciones y de otros colectivos en riesgo o situación de exclusión.

En paralelo a la formulación de políticas locales en materia de incorporación social, habrá que desarrollar herramientas de carácter técnico que faciliten su aplicación. Por eso la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) han impulsado la elaboración de este "Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos". Con esta iniciativa se da continuidad a los esfuerzos que la FEMP viene realizando en la promoción de estrategias para la prevención de las adicciones, y de apoyo a los programas y servicios dirigidos a facilitar la IS. Esperamos contribuir así a su progreso y desarrollo.

Luis Martínez Sicluna Sepúlveda
Secretario General de la FEMP

Joan Ramón Villalbí Hereter
Delegado del Gobierno
para el Plan Nacional sobre Drogas



1. INTRODUCCIÓN

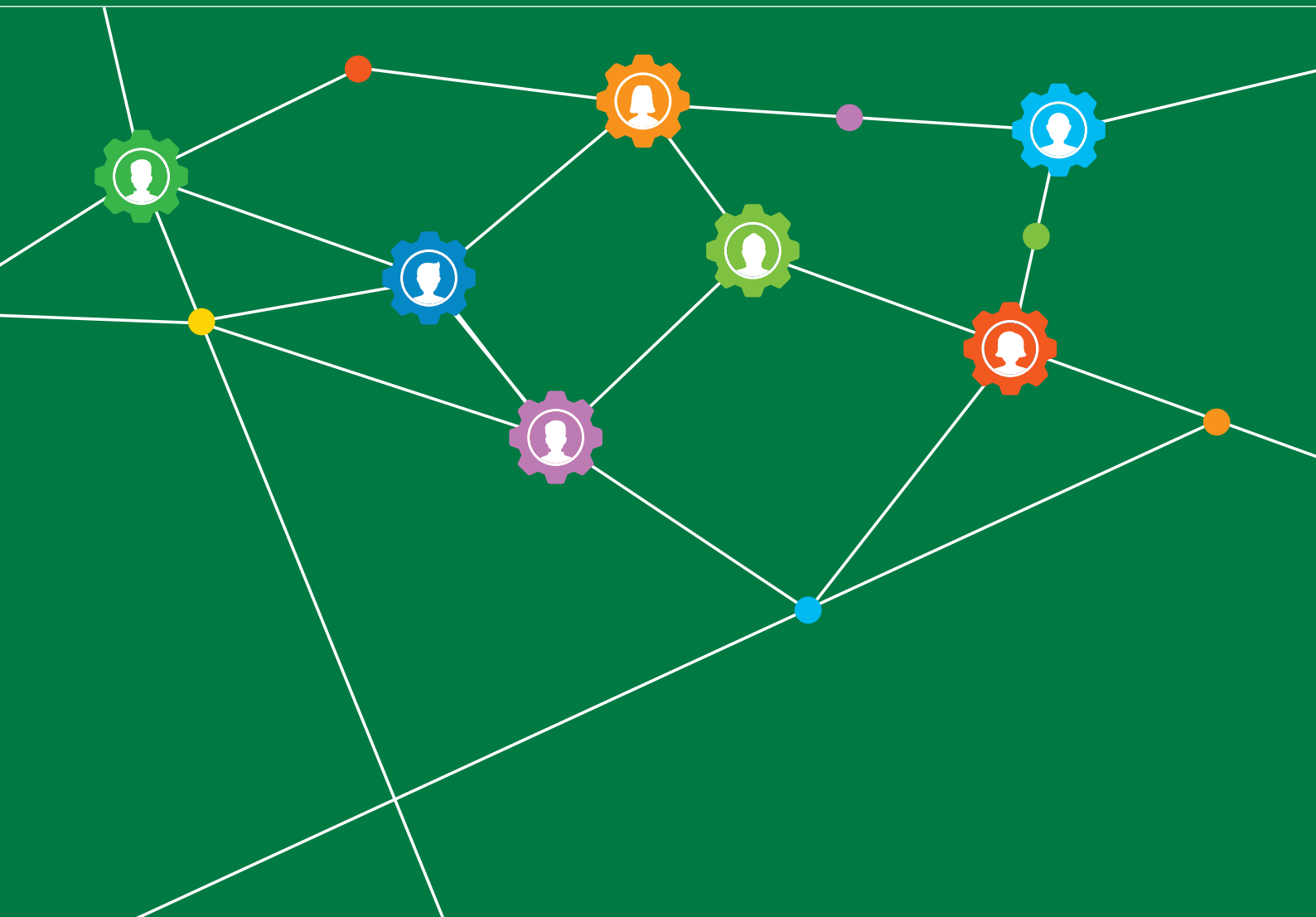
Las políticas desarrolladas hasta la fecha en el campo de las adicciones, tanto en el conjunto de la UE como a nivel nacional, autonómico y local, han priorizado las intervenciones en los ámbitos de la prevención del uso y abuso de sustancias psicoactivas y de otros trastornos adictivos y la asistencia a las personas que han desarrollado diferentes formas de adicción. Una apuesta que explica el papel secundario que la IS ha tenido en el marco de las políticas aplicadas en las últimas décadas para hacer frente a los riesgos y daños asociados al consumo de drogas y las adicciones.

El limitado desarrollo de las políticas y estrategias en materia de IS se concreta en la existencia de diferentes problemas estructurales que dificultan el desarrollo de programas y servicios de apoyo a la IS en el ámbito de las adicciones, entre los que cabe mencionar (Sánchez, 2022):

- La ausencia de un marco teórico-conceptual de referencia que permita impulsar estrategias de intervención compartidas (con un alto nivel de consenso) en IS;
- la falta de modelos de intervención que definan los procesos y procedimientos básicos a impulsar para facilitar los procesos de IS en adicciones que contribuyan a estandarizar las intervenciones a desarrollar por parte de los distintos profesionales;
- la escasa evidencia disponible acerca de la efectividad de las diferentes estrategias aplicadas hasta el momento en materia de IS;
- el funcionamiento de los actuales sistemas de información impide disponer de información fiable respecto de la población con trastornos adictivos beneficiaria de los diferentes servicios y programas de IS;
- la necesidad de incrementar los recursos económicos y personales asignados al desarrollo de las estrategias, programas y servicios de IS en adicciones.

Por otra parte, la propia naturaleza de los procesos de IS hace que el diseño de estrategias de apoyo destinadas a la población con trastornos adictivos resulte enormemente complejo. Al carácter multifactorial y multidimensional de la exclusión social se unen otros factores como la estigmatización que siguen sufriendo las personas con adicciones, las dificultades que encuentran ciertos colectivos en situación de exclusión (como las mujeres y las personas sin hogar) para acceder a los recursos asistenciales y de apoyo a la IS disponibles, la variedad de servicios y profesionales intervinientes o implicados en los procesos de IS, la falta de mecanismos estables de coordinación interinstitucional y la ausencia de un modelo de referencia que permita el desarrollo de intervenciones estandarizadas para abordar los procesos de IS de las personas con trastornos adictivos.

El actual marco político y administrativo vigente en España atribuye a las comunidades y ciudades autónomas amplias competencias en el ámbito de la protección social y, particularmente, en materia de servicios sociales. La descentralización de las políticas de servicios sociales y, en particular, en materia de incorporación social, en las CC.AA y las administraciones locales dificulta el establecimiento de estrategias y/o modelos de intervención comunes para el conjunto de las administraciones públicas competentes en materia de IS y las entidades sociales que trabajan en este ámbito. A pesar de ello es posible avanzar en la identificación y el diseño de distintos procesos y procedimientos de carácter técnico, claves en materia de IS, que faciliten el trabajo del conjunto de profesionales intervinientes en estos procesos y que contribuyan a mejorar la eficiencia y efectividad de las intervenciones llevadas a cabo.



2. POBLACIÓN DESTINATARIA Y OBJETIVOS DEL MANUAL

Población destinataria del manual

El manual está dirigido al conjunto de profesionales implicados, directa o indirectamente, en los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos y, particularmente, al personal técnico que trabaja en los siguientes servicios:

- Servicios autonómicos encargados de la planificación en adicciones y, específicamente, los Centros de Atención a las Adicciones (CAA);
- servicios sociales municipales;
- servicios municipales de adicciones;
- otros sistemas de protección social (servicios de empleo, agencias de desarrollo local, servicios públicos de vivienda, etc.);
- programas y servicios de incorporación social, en su mayor parte gestionados por entidades sociales.

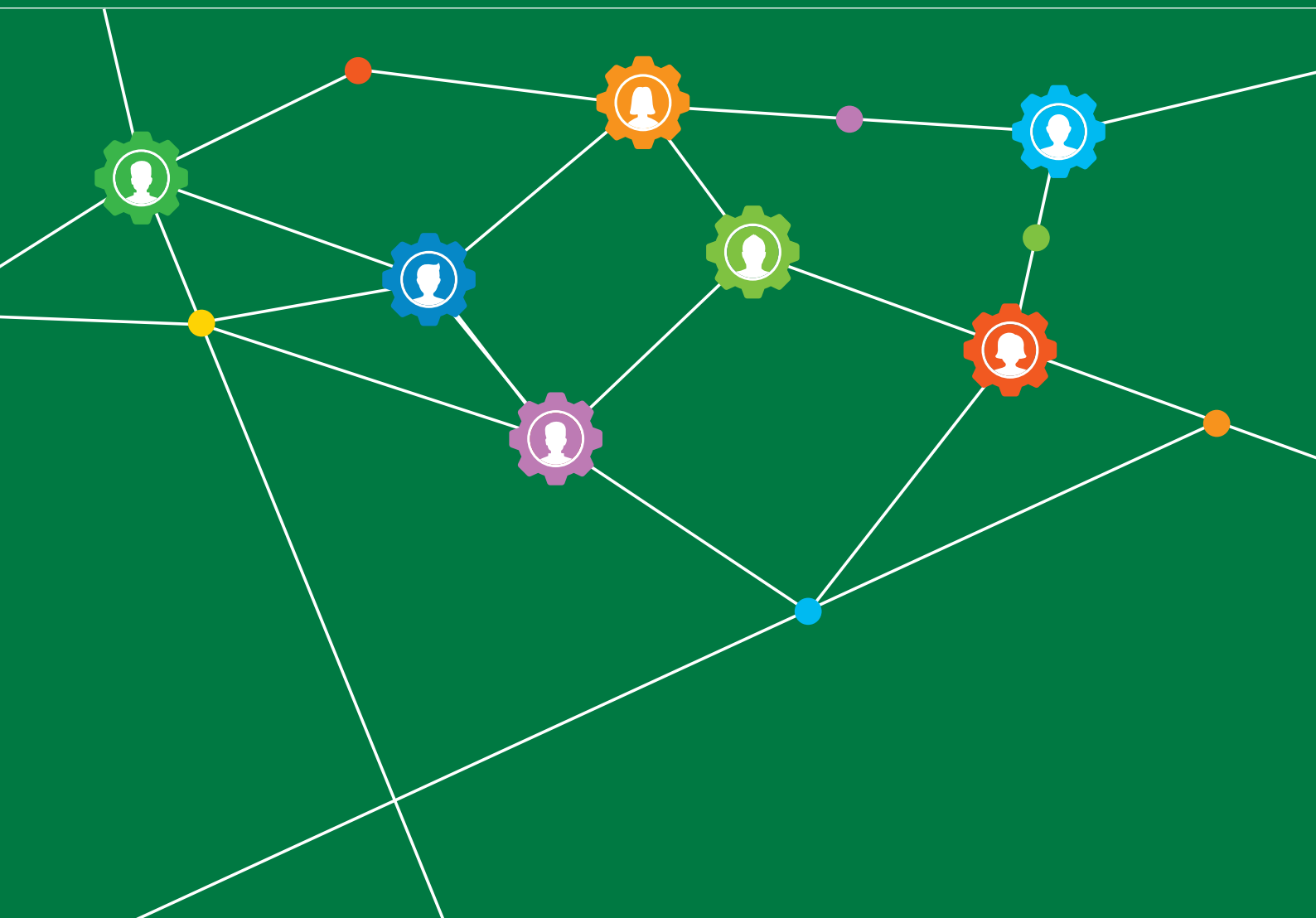
Objetivos del manual

El objetivo estratégico del Manual es el de facilitar un modelo de referencia para el abordaje de los procesos de IS en adicciones, basado en la cooperación y la coordinación interinstitucional, que facilite los procesos de IS de las personas con conductas adictivas y contribuya a mejorar la efectividad de las intervenciones desarrolladas. Un modelo sustentado en las siguientes premisas:

- a. Adaptado al marco jurídico-institucional vigente, que asigna a los servicios de carácter generalista (servicios sociales, servicios de empleo, etc.) un papel preeminente en materia de IS;
- b. el abordaje integral de las necesidades que en el ámbito de la IS presenta la población con trastornos adictivos;
- c. las intervenciones a desarrollar para favorecer los procesos de IS se sustentarán en el trabajo en red y la coordinación del conjunto de profesionales, entidades y servicios intervinientes y/o competentes en el ámbito de la IS, a fin de posibilitar una intervención integral y continuada en el tiempo;
- d. ajustado a la capacidad real que los diferentes servicios (centros de tratamiento de las adicciones y servicios de carácter generalistas y/o específicos para personas con adicciones) tienen de impulsar y apoyar los procesos de IS;
- e. la responsabilidad en el diseño de los programas personalizados de IS recaerá en el personal de los servicios de tratamiento de las adicciones, sin perjuicio del protagonismo que deben asumir los servicios generalistas y las entidades sociales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de los Planes Personalizados de Incorporación Social (en adelante PPIS);
- f. la diversidad de perfiles, necesidades, posibilidades e intereses de la población con trastornos adictivos requiere establecer diferentes escenarios e itinerarios para facilitar los procesos de IS. Los escenarios en torno a los cuales se desarrollarán las intervenciones de apoyo a la IS estarán determinados, fundamentalmente, por el grado de integración/exclusión de cada persona y por sus posibilidades reales de alcanzar determinadas metas u objetivos;
- g. los diferentes escenarios en torno a los cuales se desarrollen los procesos de IS determinarán el grado de responsabilidad que los distintos servicios implicados en los procesos de IS asumirán en el desarrollo (ejecución), seguimiento y evaluación de los PPIS;
- h. las intervenciones a desarrollar deben contribuir a eliminar la estigmatización de las personas con adicciones.

Complementariamente, el Manual trata de cubrir una serie de objetivos específicos orientados a facilitar la toma de decisiones respecto a una serie de procesos claves en el ámbito de la incorporación social y el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los PPIS. Entre dichos objetivos específicos se incluyen:

1. Definir la metodología de intervención a seguir para facilitar los procesos de IS de la población con trastornos adictivos;
2. identificar qué profesionales y/o servicios son responsables del diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones a desarrollar con las personas implicadas en procesos de IS, en función de sus diferentes perfiles;
3. proponer los contenidos que deben ser abordados en el marco de los procesos de evaluación de necesidades en materia de IS y de evaluación de recursos;
4. proponer los procedimientos a seguir para la coordinación y transmisión de información entre el personal de los diferentes servicios y programas intervinientes en los procesos de apoyo a la IS;
5. proponer instrumentos a utilizar para abordar los diferentes procesos asociados;
6. proponer una serie de indicadores básicos a registrar para poder evaluar la evolución y los resultados de las intervenciones desarrolladas con las personas en proceso de IS;
7. propiciar la investigación, la evaluación y el desarrollo de intervenciones en materia de IS con base en la evidencia;



3. CRITERIOS ORIENTADORES DE LOS CONTENIDOS DEL MANUAL

En base a la evidencia disponible acerca de los procesos de exclusión/incorporación social, se describen a continuación una serie de premisas u orientaciones que deben ser tenidas en consideración a la hora de abordar dichos procesos con la población con trastornos adictivos, en torno a las cuales se articulan los contenidos del presente manual.

1º LA AUSENCIA DE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LA PRESENCIA DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y LAS SITUACIONES DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Si bien es habitual que los trastornos adictivos se asocien a situaciones de riesgo y/o de exclusión social, no puede establecerse una relación directa entre ambos fenómenos. Las personas con trastornos adictivos se sitúan en un continuo que va desde la integración a la exclusión, en el que ocupan posiciones intermedias a lo largo de su vida, en función de diferentes circunstancias de índole personal y social.

Esto implica que no todas las personas que reciben tratamiento por trastornos asociados al uso de diferentes drogas estén en situación de exclusión, lo que explica que no en todos los casos sea necesario establecer planes para propiciar su IS. Por tanto, sólo cuando hayan sido evaluadas las necesidades de cada persona concreta en el ámbito de la IS deberá decidirse si procede establecer una estrategia para favorecer la misma (decidir si procede o no el diseño de un PPIS).

2º LA FLEXIBILIDAD DE LAS RESPUESTAS E INTERVENCIONES A PONER EN MARCHA PARA FAVORECER LOS PROCESOS DE IS

La población con trastornos por el uso de drogas es muy heterogénea, tanto en lo relativo a sus características sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, estado civil, modo de convivencia, situación familiar, etc.), como a sus patrones de uso de las sustancias (drogas consumidas, frecuencia de consumo, antigüedad en el uso de sustancias, etc.), su participación en distintos tipos de tratamientos para superar la adicción (realización o no de tratamientos previos, modalidades de tratamiento realizadas, etc.), su situación laboral y económica (tipo de actividad laboral, fuentes de ingresos, etc.), su grado de participación social y el tipo de relaciones sociales que mantienen, su estado de salud o la vinculación con el sistema jurídico-penal.

Existen, por tanto, múltiples perfiles de personas con trastornos adictivos en relación con su mayor o menor relación con las situaciones de exclusión social, desde personas relativamente jóvenes que mantienen a pesar de su adicción estilos de vida relativamente normalizados (que trabajan o estudian y que conviven con su familia de origen o propia y no presentan problemas graves de salud, sociales o judiciales asociados al consumo de drogas) hasta personas en situaciones crónicas de exclusión (de edad avanzada, con una larga historia de consumo, con un alto deterioro de su salud física y mental, en paro de larga duración, con ingresos procedentes de prestaciones sociales, sin vínculos familiares sólidos ni redes sociales de apoyo y un claro aislamiento social).

La gran diversidad de situaciones hace inviable promover respuestas comunes o estandarizadas para el conjunto de la población con adicciones. Por ello resulta imprescindible personalizar las intervenciones a realizar con cada sujeto, en base a una evaluación precisa de sus necesidades y al análisis de las sus capacidades, intereses y posibilidades para introducir determinados cambios.

3º NO TODAS LAS PERSONAS CON ADICCIONES TIENEN POSIBILIDADES DE ALCANZAR NIVELES ACEPTABLES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Ciertas circunstancias que afectan a las personas con adicciones, como la presencia de otros trastornos mentales o físicos graves, la edad avanzada, un alto grado de estigmatización, un bajo nivel de compromiso con el tratamiento de la adicción, la ausencia de apoyo familiar y social o la falta de expectativas respecto de los procesos de incorporación social, determinan que las posibilidades de conseguir progresos significativos en materia de IS sean reducidas para ciertas categorías de personas consumidoras de drogas.

Del mismo modo que se asume con naturalidad que no todas las personas con adicciones tienen la capacidad de lograr la abstinencia al uso de sustancias (al menos de forma continuada en el tiempo) y, en consecuencia, se desarrollan con ellas estrategias centradas en la reducción de riesgos y/o de daños, debe asumirse que no siempre resulta posible alcanzar unos niveles aceptables de IS.

4º LA CONSIDERACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LAS INTERVENCIONES DE BAJA EXIGENCIA COMO OPCIONES PARA EL ABORDAJE DE LA IS

Los procesos de IS siguen en general un modelo lineal basado en la existencia de diferentes fases que deben superar progresivamente las personas objeto de intervención, hasta completar el itinerario establecido por los servicios de referencia. En el ámbito de los trastornos adictivos el modelo establece la consolidación de ciertas conductas (por ejemplo, participar en algún programa de tratamiento de las adicciones, mantener la abstinencia, etc.) y la aceptación de ciertas normas como requisitos previos para poder acceder a determinados recursos y servicios de apoyo a la IS, como viviendas tuteladas o con apoyo.

Los resultados de este enfoque no siempre resultan efectivos con ciertos colectivos de personas usuarias de drogas, como ocurre en el caso de personas con problemas complejos (pacientes con patología dual, en situación de calle, etc.). Por ello, en el ámbito de la IS cabe también promover intervenciones dirigidas a la reducción de daños y el uso de recursos de baja exigencia destinados a satisfacer determinadas necesidades más básicas (alojamiento, alimentación, vestido e higiene) con aquellas personas que no puedan participar en los itinerarios lineales. Se trata de asumir que, con ciertas personas, las intervenciones en materia de incorporación social podrán limitarse a asegurar la satisfacción de determinadas necesidades sociales básicas sin establecer ningún condicionante, lo cual no implica renunciar a la posibilidad de lograr progresos en la incorporación de estas personas a centros o servicios más normalizados y con niveles crecientes de exigencia.

5º EL RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS EN SITUACIÓN O RIESGO DE EXCLUSIÓN COMO TITULARES DE DERECHOS

Cualquier intervención dirigida a facilitar la incorporación social de las personas con trastornos adictivos en situación o riesgo de exclusión deberá respetar una serie de derechos reconocidos al conjunto de personas usuarias de los sistemas de protección social, tales como el derecho a la dignidad personal, a la autodeterminación y autonomía personal, a la elección entre distintas alternativas y a la privacidad e intimidad.

6º LA PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y EL APOYO A BRINDAR EN EL CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO A LA IS

La personalización supone el reconocimiento de las personas como sujetos con fortalezas, capacidades y preferencias, situándolas en el centro de los servicios y cuidados que reciben (SCIE, 2013). De este modo podrá darse respuesta a las necesidades, deseos y expectativas particulares de cada persona, adaptando los servicios, prestaciones y apoyos ofertados a su situación.

Este enfoque permite una mayor motivación para el cambio de las personas con las que se interviene, a la vez que facilita el trabajo de acompañamiento social necesario para avanzar en los procesos de incorporación social.

7º LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN INTERVENCIÓN COMO REFERENTE DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Las intervenciones a desarrollar para favorecer los procesos de incorporación social se orientarán a la mejora de la calidad de vida de las personas en las que se produzca la intervención. Ello implica incidir para lograr mejoras en las diferentes dimensiones en torno a las cuales se articula la calidad de vida, entre las que se incluyen (Shalock & Verdugo, 2013): el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, y la inclusión social y la igualdad de derechos.

8º LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS Y LA IMPLICACIÓN DE LA COMUNIDAD

Las intervenciones de apoyo a la IS deben basarse en la participación de las personas usuarias en todas las etapas del proceso, tanto en la evaluación y el diagnóstico de las necesidades existentes, como en el diseño de los objetivos y en las actuaciones que sustentaran el itinerario personalizado de IS.

La implicación personal y la participación social son mecanismos interrelacionados que mejoran sustancialmente las posibilidades de autonomía personal y de integración social (EAPN España, 2010).

9º LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL, EL TRABAJO EN RED Y LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y APOYOS

La naturaleza multicausal y multidimensional de los procesos de exclusión y la necesidad de desarrollar estrategias de intervención amplias que incidan simultáneamente en diferentes ámbitos hacen necesario el trabajo en red. Se trata de poner en marcha una dinámica sistemática de trabajo de colaboración entre el conjunto de recursos y entidades que trabajan en el ámbito de la exclusión y/o incorporación social en un determinado territorio, que permita compartir una visión del problema, acordar un plan de acción común y establecer estructuras estables que posibiliten el intercambio de información y la coordinación de iniciativas e intervenciones comunes. Esta forma de trabajo permite generar sinergias, evitar duplicidades en las intervenciones y los servicios prestados y establecer mecanismos estables de coordinación entre el conjunto de agentes sociales intervinientes.

Por su parte, la coordinación interinstitucional y el trabajo en red resultan claves para asegurar la continuidad de los cuidados prestados por los servicios de atención a las adicciones y el resto de sistemas de protección social (servicios sociales, de empleo, etc.), teniendo en cuenta la variedad de problemas y carencias a las que deben hacer frente las personas con trastornos adictivos y la multiplicidad de agentes intervinientes en los procesos de IS.

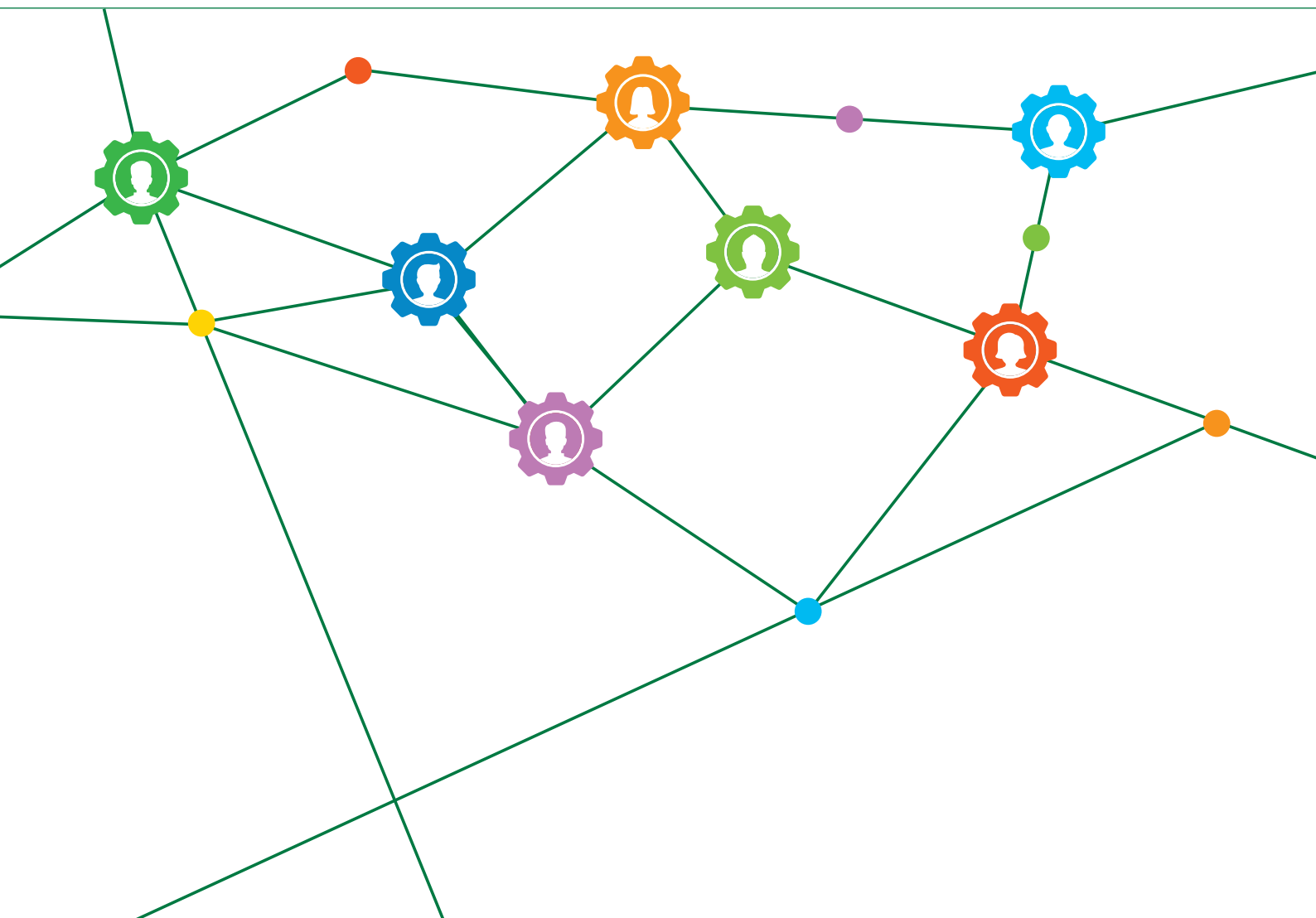
10º EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL COMO HERRAMIENTA CLAVE

El acompañamiento social es, en lo fundamental, un método de intervención profesional de carácter temporal e intensidad variable, vinculado al derecho de la ciudadanía a recibir atención social personalizada, basado en una relación proactiva y de confianza, encaminado al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y a su empoderamiento. A partir del reconocimiento de la autonomía personal, de la capacidad de la persona para tomar decisiones respecto a su situación actual y los posibles cambios, el acompañamiento pasa por compartir un proyecto común para cuyo logro la persona recibe apoyo de diferentes profesionales.

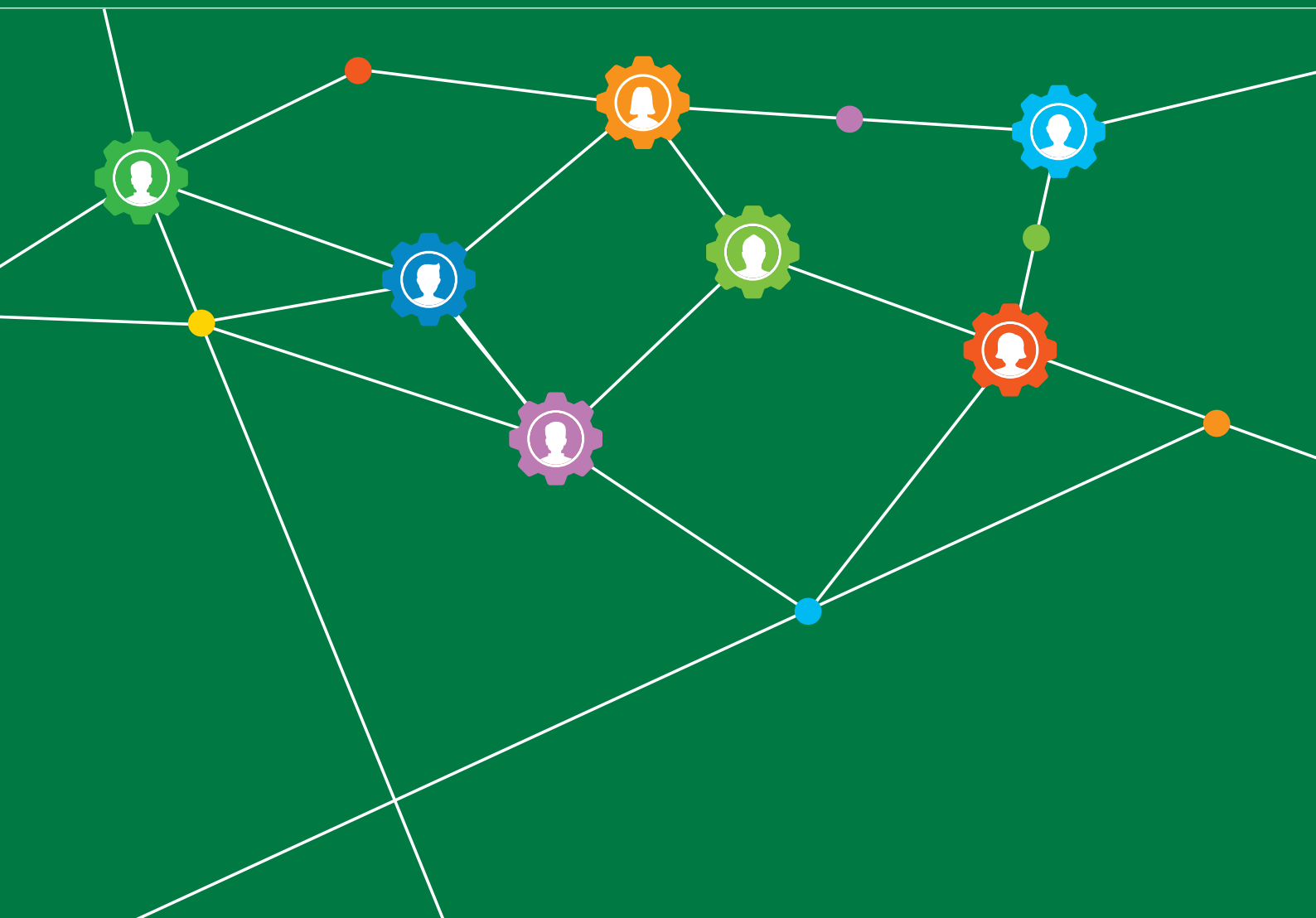
11º COMBATIR LA ESTIGMATIZACIÓN Y EL RECHAZO SOCIAL

Las intervenciones a desarrollar en materia de incorporación social deben evitar cualquier forma de estigmatización de las personas beneficiarias de las mismas, para lo cual se dará prioridad a la utilización de recursos y servicios de carácter generalista, se garantizará la equidad de trato a las personas con trastornos adictivos y se establecerán las mismas condiciones para el acceso a los servicios que para el conjunto de la población.

Cuando sea posible, el personal técnico implicado en los procesos de apoyo a la incorporación social y las entidades que trabajan con personas con trastornos por uso de drogas en situación o riesgo de exclusión social llevará a cabo acciones de información y sensibilización destinadas a la población general y al personal de los sistemas de salud y de protección social, con el fin de evitar su estigmatización. Estas acciones se orientarán a modificar las actitudes y creencias negativas sobre las personas adictas a las drogas que pueden generar rechazo social, discriminación y reforzar las situaciones de exclusión social.



BLOQUE 1.
CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLAN LAS
INTERVENCIONES DE APOYO A LA INCORPORACIÓN
SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON ADICCIONES



4. LA NATURALEZA DE LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

4.1. La complejidad de los procesos de exclusión social

La exclusión social es un proceso multidimensional dinámico de naturaleza interactiva, lo que dificulta enormemente su conceptualización y la medición de la misma. La compleja interacción entre las diferentes dimensiones o dominios vinculados a la exclusión social, en la que cada dominio puede actuar como determinante, indicador y/o resultado de la exclusión social, dificulta la comprensión del proceso y los mecanismos a través de los cuales se produce la exclusión social (Macleod et al., 2019).

A pesar de estas dificultades se han desarrollado marcos teóricos para tratar de operativizar la exclusión social (Macleod et al., 2019; Walsh et al., 2012, Walsh et al., 2017). Estos modelos comparten la existencia de una serie de dominios comunes, que se corresponden con las principales áreas en las que las personas experimentan exclusión, que ayudan a conceptualizar la exclusión social, entre los que se incluyen:

- La prestación y el acceso a los servicios básicos;
- las relaciones sociales y los recursos (las interacciones cercanas dentro del entorno inmediato de las personas);
- la participación cívica;
- los recursos económicos, financieros y materiales;
- el entorno social y el vecindario;
- la salud y el bienestar;
- la discriminación.

Es importante tener en cuenta que la exclusión es un proceso dinámico, que cambia a la vez que lo hacen las circunstancias de las personas, variando a lo largo de su vida. A medida que las necesidades de las personas se modifican con la edad, también cambia la forma de conceptualizar la exclusión y los indicadores utilizados para su operativización (Levitas et al., 2007). Así, áreas como la permanencia en el sistema educativo o la disponibilidad de un trabajo remunerado, que son de especial relevancia en la infancia o para las personas adultas jóvenes, pueden no serlo para personas de edad avanzada. De hecho en la vejez se modifican los factores de riesgo, los procesos y los efectos asociados a la exclusión, que pueden verse amplificadas por las vulnerabilidades y desventajas de esta etapa vital, limitando de forma drástica las posibilidades de mejorar o de evitar situaciones de exclusión social.

Los modelos teóricos que abordan la exclusión social identifican distintas variables que actúan como impulsoras o generadoras de exclusión social (Barnes et al., 2006; Becker & Boreham, 2009; Kneale, 2012; Levitas et al., 2007; Malgesini y García, 2000; Schar et al., 2005; Subirats et al., 2004; Tezanos, 2001), entre las que se incluyen el género, la edad, el origen étnico, la clase social, la educación, la disponibilidad y el estado de la vivienda, los ingresos económicos, las prestaciones sociales, la residencia en áreas deprimidas, el estado de salud, la calidad de vida, la presencia de problemas de salud mental, el acceso al transporte privado o público y ciertos acontecimientos críticos de la vida.

Existen además una serie de variables que pueden mediar o moderar la relación entre determinantes e indicadores de la exclusión, como el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (Age UK, 2010).

Más allá del impacto que tienen determinados factores personales y microsociales, el riesgo de exclusión social también depende de una serie de factores macroeconómicos, como las tendencias demográficas, la situación del mercado laboral y la política social (Bradshaw et al., 2004).

El número de factores acumulados, su combinación y la forma en la que se retroalimentan determinan un mayor o menor grado de vulnerabilidad, situando a las personas hacia uno u otro extremo del continuo entre la inclusión y la exclusión, en función de sus recursos psicológicos, físicos y sociales.

Cuanto mayor es el número de factores de exclusión que convergen sobre una persona, más difícil y complejo es el proceso de inserción social. Además, la estigmatización social que sufren los sujetos que forman parte de ciertos colectivos o grupos sociales (como ocurre en el caso de personas con trastorno por uso de sustancias o diagnosticadas con de alguna enfermedad mental) actúa como un factor que dificulta enormemente la plena incorporación social.

Tabla 1. Variables o factores generadores de exclusión social.

ÁMBITOS	FACTORES DE EXCLUSIÓN
Económico	Pobreza Dificultades financieras en el hogar Dependencia de la protección social Ausencia de protección social
Laboral	Desempleo Desempleo sin protección Subempleo Trabajos en la economía informal Ausencia de cualificación laboral Precariedad laboral Incapacidad o discapacidad para trabajar Ausencia de permiso de trabajo en el caso de extranjeros/inmigrantes
Formativo/Educativo	Bajo nivel formativo Fracaso escolar Abandono temprano del sistema educativo Barrera lingüística (desconocimiento del idioma) Dificultad de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación
Salud	Falta de acceso al sistema sanitario Enfermedades crónicas que generan dependencia Trastornos y enfermedades mentales Adicciones y enfermedades asociadas Presencia de enfermedades que provocan exclusión social Implicación en eventos vitales traumáticos
Familiar	Deterioro de redes familiares y/o parentales (violencia de género, violencia intrafamiliar, abusos). Escasez o debilidad de redes familiares y/o parentales Pertenencia a familias de riesgo
Socio/Relacional	Escasez o debilidad de las redes sociales de proximidad Aislamiento social Falta de apoyos sociales Institucionalización Rechazo y/o estigmatización social Integración en redes sociales "disruptivas"
Ambiental/Vivienda	Ausencia de vivienda o de un espacio de convivencia estable Residencia en infraviviendas Malas condiciones de la vivienda y/o carencia de servicios básicos. Deterioro del espacio público Estigmatización del territorio Inseguridad ciudadana Ausencia equipamientos y recursos públicos básicos Marginación económica Falta de cohesión social Deficiencias en la movilidad (ausencia de transporte público)
Político/Institucional	No acceso a la ciudadanía Acceso restringido a ciertos derechos y servicios públicos Limitaciones a la participación política y social Privación de derechos por procesos penales
Personal	Género (las mujeres tienen mayor riesgo de exclusión) Pertenencia a determinados grupos étnicos Edad (las personas jóvenes y mayores tienen mayor riesgo de exclusión) Nacionalidad/Extranjería

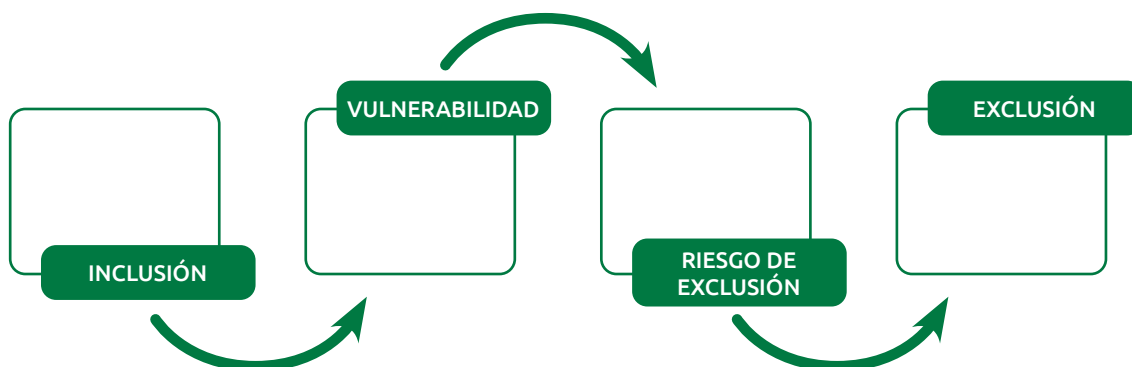
Fuente: Elaboración propia

4.2. Elementos definitorios de la exclusión social

Existen una serie de elementos que facilitan la comprensión de los procesos de exclusión social, entre los que se incluyen los siguientes:

1. El carácter estructural de la exclusión social, resultado de una determinada estructura social, política, cultural y económica (Subirats et al., 2005).
La exclusión social es un fenómeno con causas estructurales, no una opción elegida libremente por las personas que se encuentran en esa situación. El hecho de que una determinada sociedad sea más o menos excluyente o integradora está condicionado, fundamentalmente, por las transformaciones registradas en una serie de elementos estructurales básicos como la organización y el funcionamiento del mercado laboral, las formas de convivencia y las políticas públicas de protección social (Taylor-Gooby, 2004). El carácter estructural de la exclusión ayuda a establecer los límites de las intervenciones de carácter técnico a desarrollar para su abordaje.
2. La exclusión trasciende los conceptos de pobreza o marginación, evidenciando la existencia de relaciones de poder desiguales que estigmatizan a individuos y grupos sociales, dificultando su participación rutinaria en la comunidad (Fitzpatrick et al., 2010).
3. La exclusión es dinámica, no pudiendo ser concebida como una situación estática e inmutable en el tiempo, sino más bien como un proceso.
La exclusión social suele definirse como un proceso dinámico de ruptura multidimensional progresiva del “vínculo social” a nivel individual y colectivo. Por ello, más que hablar de exclusión en términos binarios (estar o no excluida/o), procede hacerlo en términos de trayectoria social y personal. La literatura científica (Castel, 2004; Eyben, 2004; Sen, 2000; Tezanos, 2001) considera la inclusión y la exclusión social como un continuo, no necesariamente lineal.
A lo largo de su vida las personas se sitúan en posiciones o estadios más o menos cercanos o alejados en el eje inclusión/exclusión, desplazándose en ambos sentidos en función de la influencia ejercida en diferentes momentos por distintos factores asociados a la inclusión y la exclusión. Dicho de otro modo, las fronteras de la exclusión social son móviles y fluidas, de modo que determinados factores pueden trasladar hacia zonas de vulnerabilidad o de exclusión a personas en diferentes momentos de su ciclo vital (Bauman, 2007).
A nivel operativo podrían establecerse cuatro zonas o situaciones básicas de cohesión social por las que pueden transitar las personas: integración o inclusión social, vulnerabilidad (caracterizada por la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes relacionales), riesgo de exclusión y exclusión.

Figura 1. Procesos de tránsito inclusión/exclusión/inclusión.



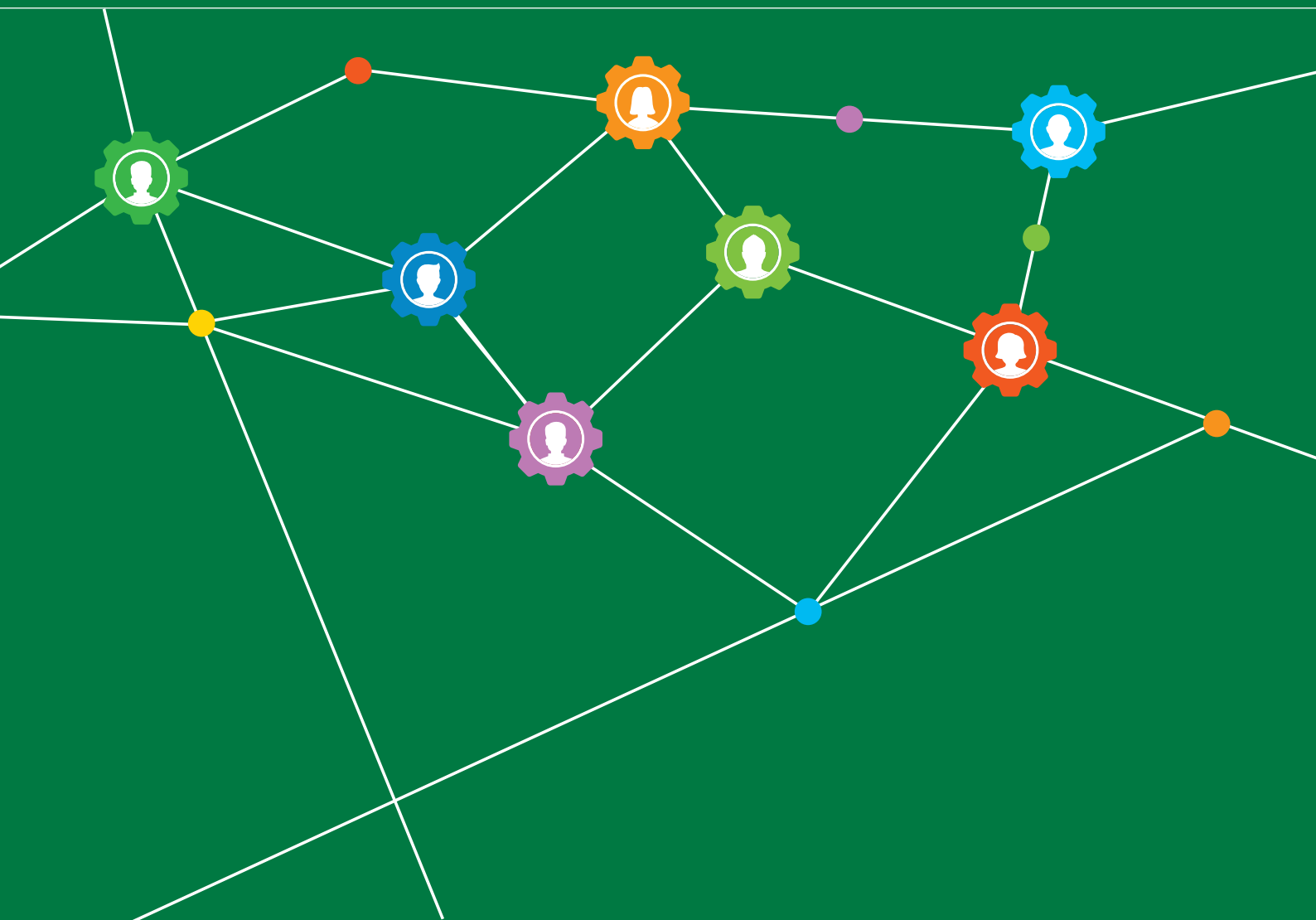
Fuente: Elaboración propia

4. La exclusión es multifactorial y multidimensional.

La exclusión social es un concepto multidimensional que hace referencia a los procesos que restringen a individuos y grupos su capacidad para participar plenamente en la sociedad (Popay, 2010). La exclusión social no se explica por la presencia de un determinado factor, sino que suele ser el resultado de la acumulación de diversas circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente interrelacionadas, que afectan a múltiples dimensiones y que tienen un impacto diferencial en función de los recursos personales y sociales disponibles.

La complejidad de la exclusión, los múltiples factores intervinientes y las numerosas dimensiones afectadas exigen de respuestas integrales que incidan simultáneamente en diversos ámbitos y dimensiones de la vida de las personas en riesgo y/o situación de exclusión social (relaciones familiares y sociales, salud, educación, empleo, situación jurídico-penal, etc.). Por ello no es posible abordar los procesos de incorporación social incidiendo exclusivamente en un determinado ámbito, como el empleo, la vivienda o la salud, por muy relevantes que sean los mismos.

5. La exclusión es una cuestión política. Si la exclusión social es estructural la misma debe ser abordada mediante políticas que promuevan prácticas de inclusión.



5. PAUTAS PARA ABORDAR LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNOS ADICTIVOS

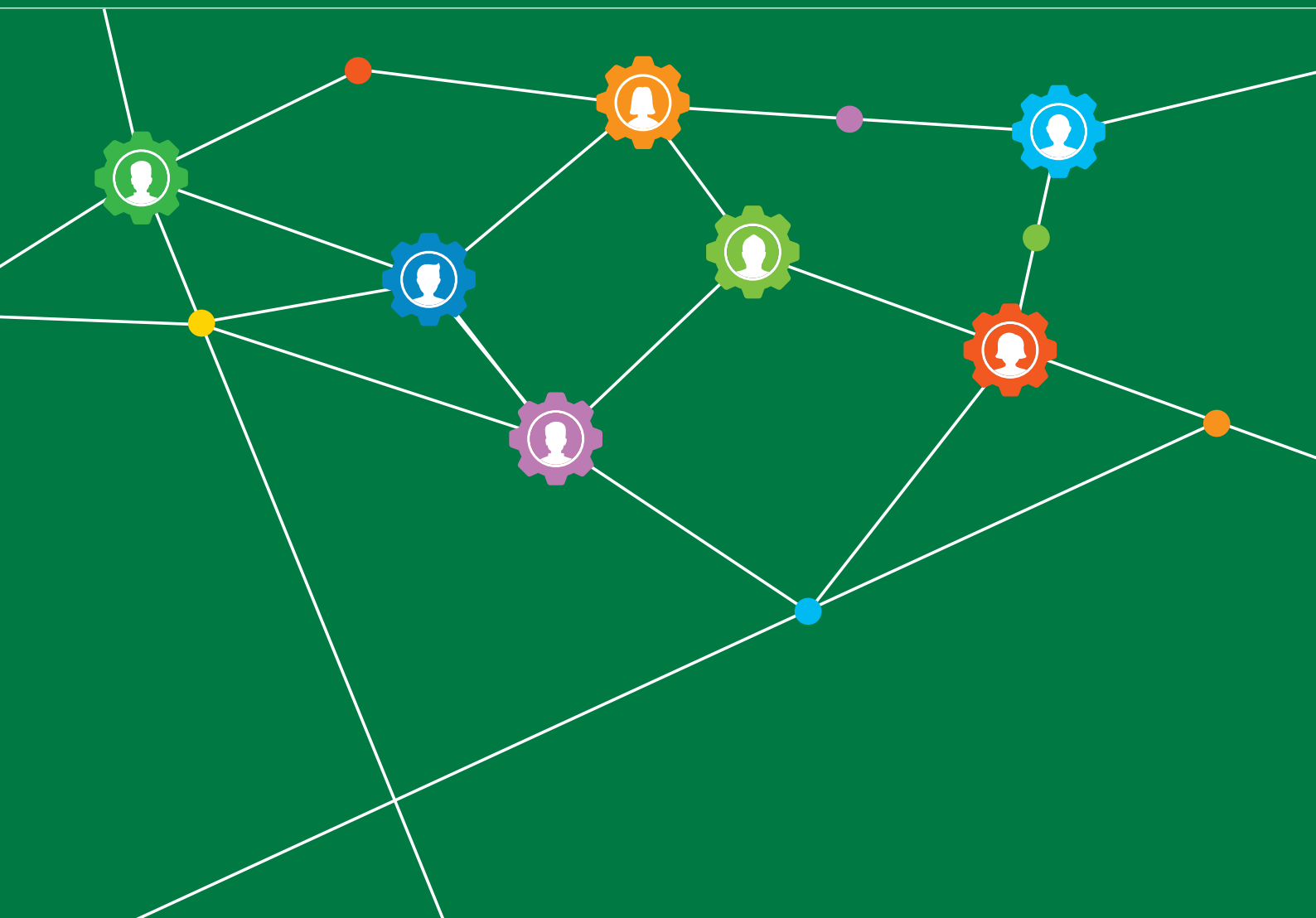
Entre los objetivos del Manual no se incluye el desarrollo de un modelo teórico que defina el contenido de las intervenciones a desarrollar para facilitar la incorporación social de las personas con trastornos adictivos. No obstante, la literatura científica ofrece una valiosa información acerca de las estrategias y los contenidos en torno a las cuales deben vertebrarse los procesos de incorporación social de las personas con trastornos por el uso de drogas:

1. Las intervenciones a llevar a cabo deben dirigirse a asegurar que las personas beneficiarias de las mismas tengan las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente y de manera igualitaria en la vida económica, social y política, así como para disfrutar de unas condiciones de vida dignas. El objetivo de los procesos de incorporación social es precisamente mejorar las condiciones de vida de las personas, ofreciéndoles las mismas oportunidades educativas, sanitarias, laborales y económicas de las que disfruta el resto de la sociedad.
2. La IS de la población drogodependiente pasa no sólo por el reconocimiento a la misma de una serie de derechos económicos, políticos o sociales que le permita acceder a determinados recursos y servicios, sino por conseguir que dichos recursos y servicios sean adecuados a sus características y necesidades.
3. La IS es, en lo fundamental, un proceso de ayuda que facilita apoyo personalizado, orientación y acompañamiento a las personas que se encuentran en tratamiento por su adicción a las drogas o que han completado el mismo, con el objetivo de potenciar sus competencias personales, sociales y laborales.
4. La IS busca promover una serie de cambios en las personas en riesgo y/o situación de exclusión social que les permitan posicionarse en las dinámicas, relaciones y espacios de la comunidad en la que viven, como en el entorno en el que se desenvuelven las personas, que favorezcan los procesos inclusivos (facilitando el acceso a servicios y recursos normalizados, combatiendo la estigmatización social, etc.).
5. La integración laboral se considera un proceso clave para sostener la recuperación de las personas con adicciones y potenciar su crecimiento y autonomía personal, posicionándolas como miembros activos de su comunidad. Las actuaciones en este ámbito se centran habitualmente en potenciar las habilidades y conocimientos de la persona y en el desarrollo de recursos para incrementar su empleabilidad y ocupabilidad.
6. Si bien el acceso a un empleo remunerado es un factor relevante, por sí sólo no es suficiente para garantizar la IS, **razón por la cual no es posible equiparar la incorporación social con la integración laboral**. En ciertos casos los procesos de IS no abordarían la incorporación al mercado laboral (por falta de interés de la persona, por no resultar un objetivo viable, etc.), pudiendo existir otras dimensiones vitales sobre las que resulta prioritario trabajar.
7. En consonancia con la naturaleza multicausal y multidimensional de los procesos de exclusión, los programas de IS deben incluir estrategias de intervención amplias, que incidan simultáneamente a nivel individual (mejorando las aptitudes y actitudes de las personas de cara a su IS), microsociales (creando condiciones favorecedoras de los procesos de IS en el entorno próximo de los beneficiarios de los programas) y macrosociales (modificando las percepciones sociales dominantes sobre las adicciones y las personas con problemas de exclusión y otros factores estructurales generadores de exclusión).
8. Los múltiples problemas o consecuencias que provocan las adicciones hacen necesario un abordaje integral de las mismas, con intervenciones que incidan simultáneamente en todos los ám-

bitos o dimensiones de la vida de las personas en riesgo y/o situación de exclusión social (relaciones familiares y sociales, salud, educación, empleo, vivienda, situación jurídico-penal, etc.).

9. Para una efectiva integración social, resulta fundamental la reconstrucción de un ámbito de relaciones sociales normalizadas, un proceso que trasciende a la superación de la adicción y al acceso al mercado de trabajo (CICAD, 2011).
10. La IS no es un proceso lineal, sino una sucesión de aproximaciones graduales y sucesivas. Las fases o etapas por las que transita cada sujeto en su camino para lograr su IS, la rapidez con la que progresa en su recorrido, los objetivos a conseguir en cada una de las fases y los posibles "retrocesos" en el proceso dependerán de sus características personales y de su contexto micro y macro social, así como del conjunto de recursos que participen y apoyen este proceso.
11. Para que las personas con adicciones progresen con éxito en su IS deben cumplirse dos condiciones (Funes et al., 1995):
 - a. En todas las fases, desde la de consumo activo y/o exclusión a la de la integración satisfactoria, deben existir profesionales y recursos que acojan, orienten y realicen un seguimiento de la persona.
 - b. Que la persona inmersa en un proceso de integración social encuentre en su comunidad de referencia recursos adaptados a sus necesidades y a los diferentes momentos por los que va pasando en su evolución. Estos recursos deben estar coordinados entre sí ("redes articuladas de ocasiones para cambiar").
12. Los programas de IS deben adecuarse a las características de una realidad social cambiante y, en particular, al marco jurídico e institucional vigente, en el que se fijan las políticas y se establecen los recursos existentes en cada momento.
13. Los procesos de IS deben estar centrados en la persona. Ello implica no solo la adecuación de los servicios prestados a las necesidades individuales específicas y a la fase del proceso de IS en la que se encuentre cada persona, sino también garantizar la participación del individuo, y de su entorno más cercano en la definición de los objetivos y los contenidos de las intervenciones que van a ser desarrolladas, así como en su evaluación (COPOLAD, 2014).
14. Los procesos de rehabilitación y de IS se refuerzan mutuamente. La IS comienza y se desarrolla en paralelo a la rehabilitación (la incorporación social es un proceso transversal).
15. La IS es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada persona, con el fin de establecer estrategias diferenciales para cada caso. Debe asumirse que determinadas circunstancias personales y sociales hacen que no todas las personas con trastornos adictivos puedan alcanzar una plena integración social, existiendo mayores y menores niveles y/o posibilidades de IS en función de dichas circunstancias.
16. La incorporación es un proceso plural, flexible no lineal, no pudiendo estructurarse en fases estandarizadas por las que deban transitar todas las personas drogodependientes (Cruz et al., 2005). Los procesos de IS se concretarán y abordarán de forma diferente según las necesidades y potencialidades de cada persona y de los recursos de apoyo disponibles en cada territorio.

Las actividades integradoras se sustentarán preferentemente en la utilización de recursos de carácter generalista, debiendo evitarse, siempre que sea posible, la organización de actividades específicas para personas con adicciones (las intervenciones no han de ser segregadoras).



6. NECESIDADES EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNOS ADICTIVOS Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las adicciones se asocian habitualmente a múltiples problemas de salud, familiares, económicos, laborales, sociales y judiciales, que lastran las posibilidades de que las personas que las padecen puedan participar activamente de la vida social de su comunidad y disponer de unas aceptables condiciones de vida. Estas circunstancias explican por qué buena parte de la población que accede a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas se encuentra en riesgo o situación de exclusión social.

A continuación, se describen algunos de los problemas a los que deben hacer frente los programas e intervenciones de apoyo a la IS de este colectivo.

Necesidad de pertenencia

Los seres humanos tienen una necesidad básica de pertenencia, por ello realizan esfuerzos diarios para establecer y mantener conexiones sociales estables (Baumeister & Leary, 1995; Gabriel, 2021; Lieberman, 2013;). No obstante, las situaciones en las que alguien se siente física o emocionalmente separado de los demás es una experiencia común en la vida de las personas con trastornos adictivos.

Malestar psicológico

La exclusión a menudo evoca sensaciones de dolor, emociones desagradables (ira, tristeza, vergüenza, etc.) y amenaza necesidades psicológicas básicas más allá de la pertenencia, como las necesidades de autoestima positiva, control y existencia significativa percibida (Eisenberger, 2012; Williams, 2009). Las personas excluidas a menudo experimentan soledad y desarrollan ansiedad social y miedo (Cacioppo & Patrick, 2008). En el caso de la exclusión crónica las personas experimentan niveles más altos de síntomas depresivos, impotencia, alienación y falta de sentido existencial (Riva et al., 2017).

Las personas que pertenecen a grupos estigmatizados tienen más probabilidades de experimentar exclusión crónica (Kurzban & Leary, 2001). Por su parte, el estigma de la enfermedad mental puede hacer exacerbar los síntomas, generando un ciclo de exclusión adicional (Reinhard et al., 2020). Por este motivo algunos estudios sugieren que la exclusión social crónica sea tratada como una forma de trauma, como una experiencia psicológica que implica un daño físico o emocional intenso que inflige un daño duradero a la salud física o mental (SAMHSA, 2014).

Problemas de salud

El consumo de drogas, particularmente cuando el mismo se mantiene durante largos períodos de tiempo, se asocia a diferentes problemas de salud, a nivel físico y mental. La población con trastornos adictivos que accede a tratamiento registra una alta exposición a ciertas enfermedades infectocontagiosas, como la hepatitis C, la hepatitis B o el VIH/Sida, y se ha visto implicada con relativa frecuencia en episodios de urgencias hospitalarias. Este hecho, junto con el progresivo envejecimiento de la población con algún trastorno por consumo de drogas, provoca un incremento de las situaciones de dependencia entre este colectivo.

Más allá del deterioro a nivel físico que experimentan muchas personas con adicción a las drogas, resulta especialmente preocupante la presencia mayoritaria de otros trastornos mentales concurrentes entre la población drogodependiente que accede a los servicios asistenciales. Esta convergencia de un trastorno adictivo y de otro trastorno psiquiátrico en una misma persona (patología dual) incrementa las dificultades para el éxito de los tratamientos de la adicción, incrementa el riesgo de exclusión social y agrava y/o cronifica las situaciones de exclusión social.

Estigmatización y rechazo social

El estigma alude a las actitudes y creencias negativas existentes sobre las personas adictas a las drogas que pueden generar discriminación, prejuicios y otras formas de exclusión social, dificultando que reciban el apoyo y los servicios que necesitan. La experiencia del estigma se asocia con demoras en la búsqueda de tratamiento, con mayores tasas de abandono del tratamiento y con una mayor implicación en conductas de riesgo (Lloyd, 2010).

El estigma puede crear sentimientos de vergüenza e inseguridad entre la población con adicciones, dificultando que las personas busquen ayuda y que se mantengan comprometidas con su recuperación. De hecho, el término autoestigma se utiliza para describir el proceso por el cual una persona con un trastorno adictivo o una enfermedad mental internaliza el estigma y experimenta una disminución de la autoestima y la autoeficacia, lo que limita las perspectivas de recuperación (Rossler, 2016).

El estigma puede dificultar que las personas consumidoras de drogas o con problemas de adicción se sientan aceptadas y apoyadas por sus amistades, familiares y la propia comunidad, lo que dificulta enormemente los procesos de rehabilitación y de incorporación social. También puede provocar la discriminación en áreas como el empleo o la vivienda, dificultando que las personas en tratamiento por trastornos adictivos reconstruyan sus vidas y mantengan su recuperación (SAMHSA, 2019; Wesselmann & Parris, 2021).

Algunas investigaciones (Van Boekel et al., 2013) ponen de relieve que el personal sanitario también puede mantener actitudes estigmatizantes hacia las personas consumidoras de drogas ilícitas, con percepciones negativas (falta de motivación o implicación en el tratamiento, búsqueda de recetas/medicación para fines no médicos, comportamiento violento, etc.) que pueden suponer una barrera para el acceso al tratamiento. La estigmatización de la población con trastornos adictivos es perceptible en otros ámbitos diferentes a la salud, como los servicios sociales o de empleo, siendo habitual que los profesionales de estos servicios sientan que carecen de la capacitación y las habilidades adecuadas para abordar las necesidades de este colectivo.

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) y, en particular, los trastornos por uso de opioides son una de las condiciones de salud más estigmatizantes (Farnshaw et al., 2019; Kennedy-Hendricks et al., 2017). No en vano estas personas suelen ser percibidas como peligrosas e impredecibles, sujetas a altos niveles de exclusión social, llegando a ser consideradas “indignas” de recibir asistencia sanitaria o social. Una creciente evidencia muestra que el estigma está asociado con las deficiencias o carencias presentes en las personas estigmatizadas (Santos da Silveira et al., 2018). Los impactos del estigma social incluyen un acceso insuficiente a la atención médica, peores indicadores de educación y empleo y, en consecuencia, un menor nivel de ingresos económicos.

Por todo ello, reducir el estigma de las adicciones y de los trastornos mentales constituye un objetivo básico de las intervenciones destinadas a prevenir la exclusión social y/o a favorecer los procesos de incorporación social (Khenti et al., 2019). Para ello se utilizan diferentes enfoques que van desde la información/formación de la población general y de ciertos colectivos profesionales sobre adicciones y enfermedades mentales a la denuncia de las discriminaciones que sufren las personas pertenecientes a estos colectivos.

La investigación sobre el estigma asociado a los TUS establece que el mismo opera en tres niveles o dimensiones diferentes que se refuerzan entre sí (Cheetham et al., 2022): nivel macro (estigma estructural), nivel meso (estigma público) y nivel micro (estigma internalizado).

Si bien el estigma surge en los niveles inter e intrapersonal, el mismo se promulga a través de leyes y políticas. El estigma va más allá de las personas estigmatizadas y se refleja hacia el exterior a través de la comunidad en general y hacia el interior a través de las políticas y procedimientos que guían el tratamiento, incluso a través del personal que brinda atención en los servicios de salud y sociales.

La separación sistémica de los servicios de tratamiento por uso de sustancias de los servicios de salud (física y mental) crea una serie de desafíos para las personas afectadas por estos trastornos. Este tipo de políticas institucionales tienen como resultado una falta de coordinación entre los servicios, que refuerzan el estigma al fragmentar la atención y, al mismo tiempo, producen peores resultados de salud (Lloyd, 2010; Livingston, 2020).

A nivel meso las normas organizativas del sistema de tratamiento de las adicciones influyen en las interacciones sociales entre las personas proveedoras de los servicios y las personas usuarias de los mismos, pudiendo incrementar los prejuicios y la discriminación. Las creencias y percepciones negativas sobre los TUS y su tratamiento (p. ej., su consideración como pacientes “difíciles”, el pesimismo sobre la recuperación, etc.) pueden estereotipar a las personas que los padecen y caracterizarlas como manipuladoras, desmotivadas, que no merecen los servicios y con pocas posibilidades de lograr una recuperación duradera (Broyles et al., 2014). El estigma de los proveedores de atención médica y/o social puede manifestarse como una menor empatía y compromiso, enfoques no colaborativos y paternalistas, atención subóptima o interrumpida y exclusión de ciertos servicios (Knaak et al., 2019; Nyblade et al., 2019; Stone et al., 2021).

A nivel micro internalizar o anticipar el estigma público puede tener un profundo impacto en el uso de los servicios y en los resultados del tratamiento. En particular, el estigma institucionalizado y el control social asociados a ciertos tipos de tratamientos (por ejemplo, los programas con sustitutivos opiáceos) pueden reforzar una identidad de “persona adicta” y hacer que el tratamiento se convierta en una fuente de vergüenza y desempoderamiento (Harris & McElrath, 2012). Cuando se internaliza, la experiencia del estigma puede poner en peligro la recuperación y la reintegración en la sociedad en general, reforzar un bajo sentido de derecho a una atención de calidad y hacer que las personas abandonen el tratamiento prematuramente.

Falta de vivienda

Contar con una vivienda estable se considera un componente fundamental para el tratamiento de las adicciones y los procesos de incorporación social. Contar con un espacio de convivencia estable es, de hecho, uno de los principales requisitos para poder desarrollar un tratamiento con ciertas expectativas de éxito. Por su parte, las personas que completan el tratamiento sin disponer de una vivienda estable tienen graves dificultades para avanzar en su incorporación social, comprometiendo gravemente los progresos alcanzados durante el tratamiento.

Pese a ello, la falta de vivienda es un problema frecuente entre las personas con trastornos por consumo de sustancias, que pueden sufrir distintas situaciones de exclusión residencial, en base a la tipología Europea de Personas sin Hogar (ETHOS):

- a. Falta de techo (personas que viven en la calle o en espacios públicos);
- b. personas sin hogar (personas que viven en alojamientos para personas sin hogar);
- c. vivienda insegura (personas que viven bajo amenaza de violencia o desalojo);
- d. viviendas inadecuadas (personas que viven en chabolas o condiciones de hacinamiento extremo).

La falta de vivienda y el consumo de drogas son fenómenos interconectados, pudiendo actuar como causa o efecto (EMCDDA, 2022), reforzándose mutuamente entre sí. La presencia de trastornos por uso de sustancias implica un mayor riesgo de quedarse sin hogar.

El sinhogarismo, como forma más intensa de exclusión residencial, afecta negativamente a la salud física y mental, la calidad de vida y el acceso al empleo y otros servicios económicos, sociales y de salud de las personas que se encuentran en este tipo de situaciones. Las personas con trastornos por consumo de sustancias y otras enfermedades mentales graves, suelen registrar episodios prolongados o recurrentes de falta de vivienda o estancias en la calle o albergues y centros de emergencia social.

Problemas de acceso al empleo

La participación en la producción económica y, en particular, en el mercado laboral se han configurado tradicionalmente como uno de los pilares básicos en los que se sustentan los procesos de inclusión social. El empleo no sólo es una vía de obtención de ingresos que permiten acceder a ciertos recursos y realizar determinadas actividades, sino que permite mejorar la cobertura social (da acceso a un mayor número de prestaciones sociales), a la vez que refuerza la identidad social de los sujetos. No obstante, determinadas condiciones del actual mercado de trabajo, como la precariedad, la baja cualificación profesional y los bajos salarios, determinan que la disponibilidad de un empleo no garantice un adecuado nivel de inclusión social. De hecho, un elevado número de personas ocupadas se encuentran en riesgo de pobreza (los conocidos como “trabajadores pobres”), evidenciando que es compatible contar con empleo y encontrarse en situación de vulnerabilidad social.

Amplios grupos sociales, como las personas con alguna enfermedad o discapacidad, con baja cualificación profesional, carentes de experiencia profesional o vinculadas a sectores económicos informales (como los trabajos domésticos), dependen de los sistemas de protección social o del apoyo familiar para satisfacer sus necesidades básicas. Estas situaciones son especialmente frecuentes en colectivos como las personas jóvenes, las mujeres o las personas adultas de edad avanzada.

Las personas con adicciones registran elevadas tasas de desempleo y presentan especiales dificultades para acceder al mercado laboral, a causa de su falta de cualificación y experiencia laboral, sus problemas de salud, la falta de apoyo social o familiar y la estigmatización y el rechazo social. Esta situación genera con relativa frecuencia la desmotivación personal por la búsqueda de empleo.

La mitificación del trabajo remunerado como elemento de integración social es criticada por ciertos sectores profesionales que cuestionan el peso excesivo que se da al empleo remunerado como mecanismo básico de incorporación social. Un enfoque que, reconociendo la capacidad integradora del empleo, cuestiona que no se atribuya un papel relevante a dimensiones como la participación comunitaria, las relaciones sociales, el ocio o las tareas domésticas o de cuidados en los procesos de incorporación social (SIIS, 2011).

Problemas jurídico-penales

Las personas que acceden a los centros de tratamiento de las adicciones presentan habitualmente unas elevadas prevalencias de incidencias de tipo jurídico-legal, principalmente detenciones, implicación en procesos judiciales o ingresos en prisión, por delitos cometidos en la mayor parte de los casos para financiar su adicción.

Estas circunstancias, en particular los antecedentes penitenciarios, son un hándicap adicional para los procesos de incorporación social, puesto que refuerza el estigma del colectivo.

Problemas vinculados al género, la identidad de género y la orientación sexual

El género y la orientación sexual condicionan en buena medida el tipo y la intensidad de los problemas y las necesidades existentes en materia de IS.

Las mujeres tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de tratamiento de las adicciones. Factores como la vergüenza (estigmatización), la incompreensión familiar y social y la falta de apoyo familiar percibido adquieren especial relevancia para explicar por qué las mujeres con adicciones demoran la solicitud de tratamiento. Este proceso de doble discriminación de las mujeres, caracterizado por un mayor grado de reproche y/o estigmatización social hacia las mujeres con trastornos adictivos que en el caso de los hombres, se asocia al incumplimiento de las tareas de cuidados que los roles tradicionales de género asignan a las mujeres, especialmente en el caso de que tengan hijas o hijos menores.

La estigmatización de las mujeres con trastornos adictivos y la pervivencia de identidades y mandatos tradicionales de género provocan múltiples problemas:

- a. Una mayor pérdida de autoestima y una mayor prevalencia de los problemas de tipo emocional y afectivos.
- b. Mayores dificultades de acceso a los servicios de tratamiento de las adicciones y a los recursos de apoyo a la IS.
- c. Dificultades para compaginar los tratamientos de rehabilitación y los procesos de IS con la maternidad y el cuidado de personas mayores y/o dependientes.
- d. La apuesta por tratamientos que permitan a las mujeres compaginar los mismos con las responsabilidades en las tareas domésticas y el cuidado de la prole u otros familiares dependientes, aunque los mismos no sean los indicados.
- e. La renuncia y/o imposibilidad de participar en tratamientos de carácter residencial o en recursos convivenciales de apoyo a la IS en el caso de tener hijas e hijos menores a su cargo.
- f. La peor evolución en los tratamientos de rehabilitación al contar con un menor apoyo familiar y social.
- g. La interrupción (precoz) de los tratamientos para asumir las tareas de cuidados.

Entre los grupos de mujeres con TUS en situación de especial vulnerabilidad se incluyen: mujeres embarazadas y madres, de sexo no binario, víctimas de violencia machista, involucradas en el trabajo sexual, sin techo, pertenecientes a minorías étnicas, pertenecientes a minorías sexuales, con patología dual y recluidas en centros penitenciarios.

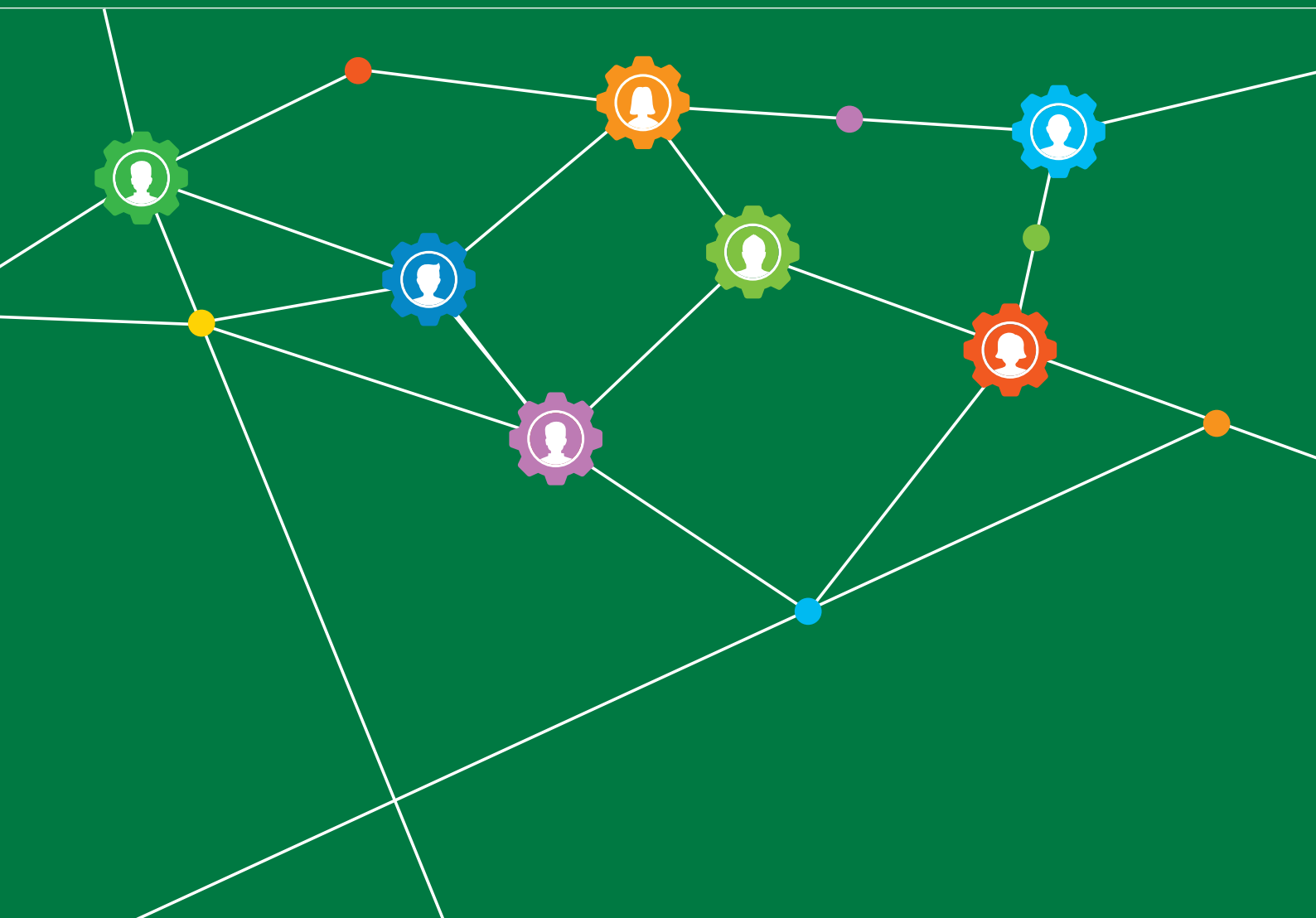
Por su parte, las personas con adicciones pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ se ven con frecuencia sometidas a procesos de estigmatización y rechazo social asociados a su orientación sexual o identidad de género. Los efectos de estos procesos se traducen en las mayores barreras de acceso a los tratamientos de rehabilitación y a los programas y servicios de IS (por ejemplo, en el caso del acceso a recursos de carácter residencial) y al mercado laboral, en desigualdades en las condiciones laborales y en las mayores dificultades en el ámbito de las relaciones sociales.

Los condicionantes de género obligan a incorporar la perspectiva de género en el diseño y ejecución de las intervenciones a desarrollar en materia de IS. Se trata de superar el androcentrismo que tradicionalmente ha caracterizado las intervenciones realizadas en este ámbito, asumiendo

la distinta influencia que determinados factores tienen en la génesis de las situaciones de exclusión y el diferente impacto que estos procesos tienen en mujeres y hombres.

Esto supone tener presente que los factores y procesos que llevan a la exclusión están condicionados por el género (por ejemplo, la violencia de género y la estigmatización social son variables transversales en muchas mujeres con trastornos adictivos en situación de exclusión) y que la exclusión afecta de modo diferente a hombres y a mujeres (Damonti, 2014). Por ello, la perspectiva o mirada de género debe estar presente a la hora de evaluar las necesidades que mujeres y hombres presentan en el ámbito de la IS, en el análisis de sus expectativas, intereses y recursos y en el diseño de las intervenciones e itinerarios de incorporación social. Asimismo, es preciso tener en cuenta las barreras de género que encierran las mujeres en los procesos de IS en diferentes ámbitos como el personal, el educativo, el profesional, la gestión del tiempo o la participación social (Cambriles et al., 2007), en particular las relativas al acceso al mercado laboral y a determinados recursos y programas de apoyo a la IS (servicios residenciales, etc.). Las barreras en el ámbito personal hacen referencia a los obstáculos que encuentran las mujeres para construir su propia identidad, que dificultan el desarrollo de un autoconcepto positivo, distorsionan la imagen que tienen de sí mismas y frenan sus posibilidades de alcanzar sus metas y deseos.

A nivel práctico esto implica que las intervenciones de apoyo a la IS deben prestar mayor atención a los aspectos emocionales (abordando cuestiones como la autoestima, la autoatribución de fracaso o los sentimientos de culpa asociados a la situación de exclusión social), al impacto que los roles familiares y las responsabilidades de las tareas domésticas y de cuidado tienen en los procesos de rehabilitación y de IS y a la doble victimización que sufren muchas mujeres en situación de exclusión social.



7. MARCO JURÍDICO-INSTITUCIONAL Y MODELOS DE INTERVENCIÓN EN INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

Los procesos de incorporación social de las personas con adicciones están regulados en diferentes normas legales, tanto de carácter general, como específicas para la población con trastornos adictivos. Asimismo, existen estrategias y planes de acción que definen las políticas a desarrollar para prevenir los procesos de exclusión social y facilitar la incorporación social de la población en situación o riesgo de exclusión y, específicamente, de las personas con adicciones.

7.1. Marco normativo regulador de la incorporación social en adicciones

Al margen de los derechos sociales reconocidos en distintas normas internacionales y nacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta Social Europea, Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Constitución Española), existen diferentes leyes que regulan aspectos relevantes relacionados con los procesos de exclusión e inclusión social, promovidas tanto por la Administración General del Estado como por las CC.AA.

- a. Normas generales que regulan los derechos del conjunto de la población relacionados con la incorporación social.
 - Leyes autonómicas de servicios sociales;
 - normas autonómicas reguladoras de las carteras de servicios sociales;
 - leyes autonómicas reguladoras del derecho a la inclusión social;
 - Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital;
 - Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, modificada por la Ley 11/1999;
 - Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local;
 - leyes autonómicas de régimen local.
- b. Normas sectoriales
 - Leyes autonómicas sobre drogas y otras adicciones;
 - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,
 - Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo.

En consonancia con el principio de descentralización que caracteriza la organización política y administrativa del Estado Español, nuestro ordenamiento jurídico atribuye a las CC.AA competencias legislativas y ejecutivas exclusivas en materia de servicios sociales. Algunas de estas competencias autonómicas son delegadas a la Administración Local a través de diferentes mecanismos jurídicos, ampliando de este modo las competencias propias asignadas a la misma (evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social).

La autonomía de las CC.AA a la hora de fijar el contenido, alcance, organización y funcionamiento de los servicios sociales explica, en gran medida, la diversidad de políticas existentes en materia de incorporación social. No obstante, las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales y los Catálogos de Prestaciones o Carteras de Servicios de los Sistemas Autonómicos de Servicios Sociales reconocen al conjunto de la ciudadanía el acceso a una serie de prestaciones técnicas y económicas comunes, directamente vinculadas con la exclusión social y la IS, entre las que se incluyen:

- Prestaciones económicas orientadas a la erradicación de la marginación y la desigualdad y a la lucha contra la exclusión social y de emergencia social;
- medidas dirigidas a garantizar ingresos mínimos y a fomentar la inclusión social;

- renta básica social;
- prestaciones económicas para facilitar la integración social;
- medidas para prevenir la exclusión social y promover la autonomía personal;
- atención integral ante situaciones de exclusión social;
- fomento de la participación social en el ámbito comunitario,
- medidas de apoyo, individuales o familiares, en situaciones de emergencia social;
- servicios para el apoyo de la inclusión social;
- alojamiento alternativo para personas sin hogar;
- alojamiento temporal para situaciones de urgencia social;
- atención residencial (temporal o permanente);
- atención a las necesidades básicas (alimentación, vestido y alojamiento);
- información sobre los recursos del sistema de servicios sociales y de otros sistemas de protección social;
- orientación y asesoramiento;
- evaluación y diagnóstico social;
- diseño de planes personalizados de inclusión social;
- intervención socioeducativa y psicosocial (adquisición de conocimientos, hábitos, actitudes y capacidades para integración social);
- intervención sociolaboral con colectivos en riesgo o exclusión social;
- seguimiento y apoyo a personas en proceso de inclusión social (acompañamiento social personalizado).

De forma complementaria a las prestaciones y servicios reconocidos en las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, varias CC.AA disponen de **leyes que regulan específicamente el derecho a la inclusión social**.

También la mayoría de CC.AA disponen de leyes autonómicas sobre drogas y otras adicciones en las que se abordan los procesos de IS de las personas con trastornos adictivos. Un elemento recurrente de estas leyes es la referencia expresa de que los procesos de IS deben sustentarse en el uso de recursos normalizados. Algunas de estas leyes consideran la IS como una fase inherente a la intervención asistencial para el tratamiento de las adicciones.

7.2. Marco estratégico de la incorporación social en adicciones

Las políticas aplicadas para favorecer los procesos de IS de la población con trastornos adictivos son fundamentalmente de dos tipos (Sánchez, 2022):

a. Estrategias generales en materia de inclusión social

Esta categoría agrupa las estrategias y planes de acción promovidos por distintas instituciones para prevenir la exclusión y la pobreza y favorecer la inclusión social:

- Estrategia Europa 2020 (Comisión Europea, 2010);
- Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2019);
- estrategias y planes autonómicos en materia de inclusión social;
- planes locales de inclusión social;
- planes estratégicos de servicios sociales autonómicos.

La **Estrategia Europa 2020** incluye entre sus objetivos principales la reducción del número de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza o en riesgo de exclusión social.

Por su parte, la **Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023** pretende prevenir y reducir la pobreza general e infantil, particularmente la pobreza severa, mediante el aseguramiento de unos ingresos mínimos, la reducción de las desigualdades de renta y la mejora de las prestaciones sociales para proteger a la infancia y a las familias.

b. Estrategias sectoriales en materia de inclusión social en adicciones

Distintas instituciones europeas y nacionales han promovido estrategias y planes de acción en materia de adicciones que incluyen referencias a los procesos de exclusión e IS de las personas con trastornos adictivos:

- Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025;
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024;
- Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024;
- estrategias y planes autonómicos sobre drogas y adicciones.

Entre las líneas estratégicas de la **Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025** se incluye “Garantizar el acceso a tratamientos y servicios asistenciales y reforzarlos”. Para ello dicha Estrategia contempla, entre otras, las siguientes acciones:

- Desarrollar y garantizar un acceso voluntario, no discriminatorio y que tenga en cuenta las cuestiones de género a un tratamiento eficaz contra las drogas basado en datos contrastados, incluida la reintegración social y el apoyo a la recuperación;
- garantizar que estos servicios estén bien coordinados a fin de dar plena continuidad a la asistencia;
- detectar y reducir los obstáculos al tratamiento y a la utilización de otros servicios para las mujeres que consumen drogas, garantizando que los servicios prestados respondan a sus necesidades, poniendo en marcha estrategias divulgativas, haciendo frente a la violencia de género contra las mujeres que consumen drogas y garantizando su acceso al tratamiento;
- aplicar modelos de asistencia que reconozcan la necesidad de crear asociaciones de servicios transversales entre los proveedores de servicios sanitarios y de asistencia social.

La **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** (ENA) define la IS como un proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno. Considera que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones, señalando que la IS de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida (y no sólo en el laboral): personal, relacional y de ocio, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, residencial, judicial, etc.

La ENA establece distintos objetivos en materia de IS, entre los que se incluyen:

- Definir un modelo común de actuación en IS, tanto en los aspectos conceptuales como en el establecimiento de procesos de continuidad de la atención y en los itinerarios individualizados de las personas beneficiarias de los programas;
- ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas a los nuevos perfiles de las personas atendidas, al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de las personas drogodependientes de más edad;

- fomentar la participación de las corporaciones locales y de las entidades privadas sin fin de lucro en los programas de inserción laboral y social,

El **Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024** plantea como objetivos estratégicos del área de IS la definición de un marco común de actuación, la mejora de la calidad de las intervenciones (adecuándolas a las diferentes necesidades de la población atendida) y la ampliación de su cobertura mediante la colaboración interinstitucional y con organizaciones sociales.

Entre las acciones del Plan de Acción en el ámbito de la IS se incluye un “Proyecto de mejora y extensión de los programas de Incorporación Social, con especial atención a las necesidades de las mujeres”.

El actual marco jurídico-institucional que regula las intervenciones para facilitar los procesos de IS de las personas con trastornos adictivos establece una serie de postulados (Figura 2) que condicionan el trabajo a desarrollar con esta población:

Figura 2. Pautas para el desarrollo de actuaciones de apoyo a la IS de personas con trastornos por uso de sustancias.

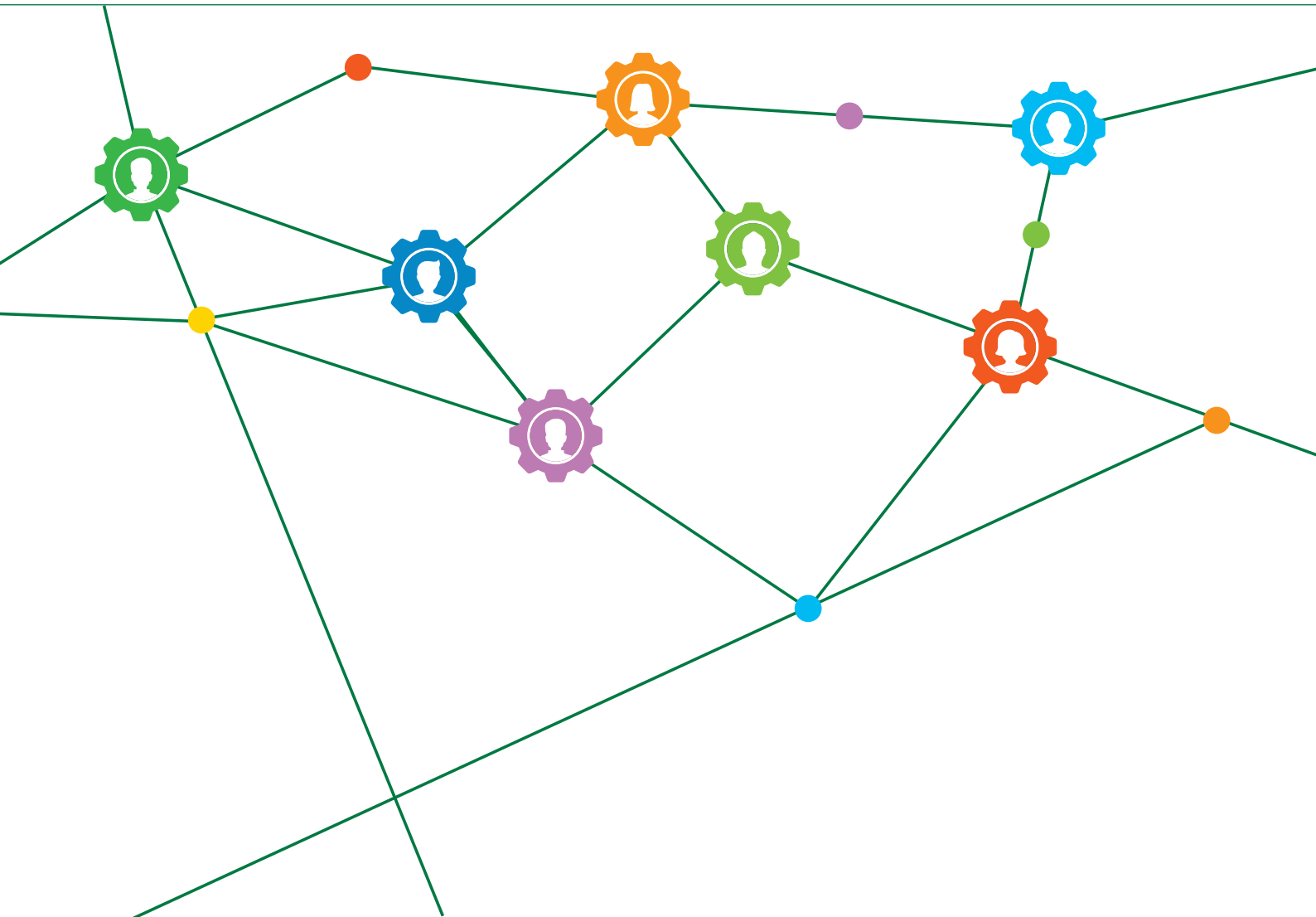
La continuidad de los procesos de rehabilitación e incorporación social	El tratamiento de las adicciones y las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y la autonomía personal y a facilitar la participación social forman parte de un todo (los progresos a nivel asistencial redundan en la mejora de los procesos de IS)
Protagonismo de los servicios generalistas en la satisfacción de las necesidades de la población con trastornos adictivos	La implicación de los servicios generalistas responde a la necesidad de lograr la eficiencia de los servicios (atención por servicios ya existentes) y de evitar reforzar el estigma de las personas con adicciones con la creación de servicios específicos paralelos
Abordar los procesos de IS con enfoques integrales	Los trastornos adictivos repercuten en múltiples dimensiones (salud, calidad de vida, empleo, relaciones sociales y familiares, etc.) por lo que las estrategias de intervención deben incidir simultáneamente en las diversas áreas afectadas
Trabajo en red	Las respuestas integrales trascienden la capacidad de intervención de un determinado servicio, requiriendo de espacios de trabajo compartidos donde profesionales de distintos servicios colaboren en el desarrollo de planes personalizados de IS compartidos
Continuidad de los apoyos y las tareas de acompañamiento	La complejidad de los tratamientos de las adicciones y los procesos de IS requieren de intervenciones prolongadas y de mecanismos de colaboración que permitan dar continuidad a las tareas de apoyo a las personas implicadas en dichos procesos
Disponer de mecanismos eficaces y estables de coordinación	La participación de distintos servicios y profesionales en los procesos de apoyo a la IS requiere de mecanismos de coordinación que eviten duplicidades y aseguren el seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas

Fuente: Elaboración propia

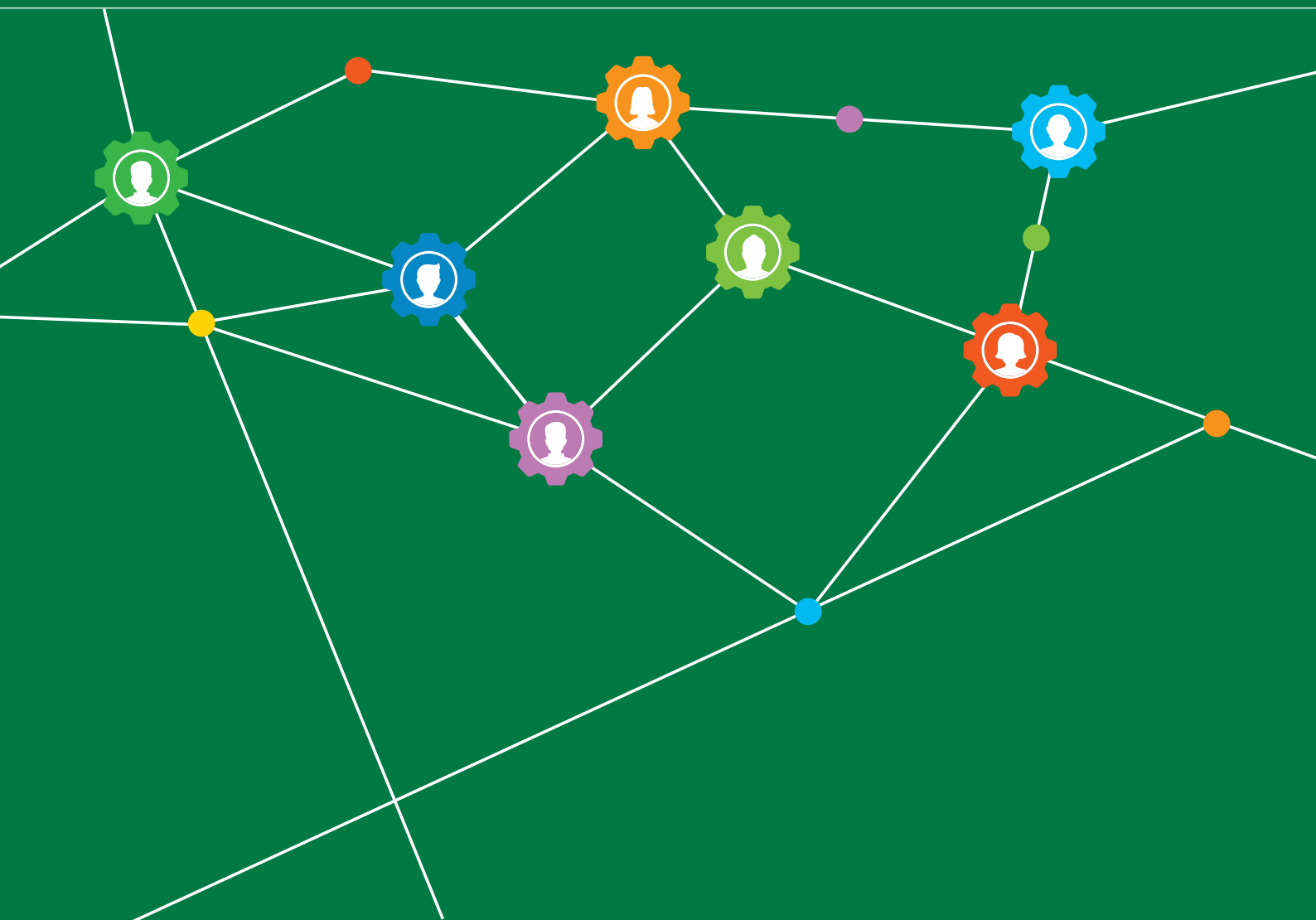
7.3. Papel de los servicios sociales en materia de incorporación social

Las leyes autonómicas de servicios sociales atribuyen a los servicios sociales de primer nivel (a los que se refieren con la denominación de servicios sociales comunitarios, generales, básicos o de atención primaria) una serie de funciones especialmente relevantes relacionadas con la IS, entre las que cabe destacar las siguientes (Sánchez, 2022):

- Detección, valoración y diagnóstico de situaciones de riesgo y/o exclusión social;
- información, orientación y asesoramiento a la población sobre los derechos; recursos, prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales y de otros sistemas de protección social a los que pueden tener acceso;
- puesta en marcha de actuaciones de carácter preventivo para evitar la consolidación de situaciones de exclusión en grupos especialmente vulnerables;
- promoción de medidas de inclusión/inserción social, laboral y educativa;
- desarrollo de programas orientados a proporcionar recursos y medios que faciliten la integración y participación social de personas, familias y grupos en situación de riesgo;
- diseño y desarrollo de intervenciones de promoción de la autonomía, del empoderamiento personal, la calidad de vida y el bienestar social de la población;
- proporcionar, con carácter temporal o permanente, medidas alternativas de convivencia y/o residenciales (programas de alojamientos alternativos);
- elaboración, implementación, seguimiento y evaluación del plan personalizado de intervención social;
- apoyo, acompañamiento, mediación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención social;
- impulso y desarrollo de proyectos de promoción comunitaria y de programas transversales de protección social;
- coordinación interinstitucional, en particular con los servicios de empleo y de vivienda, para lograr la inserción social y laboral y el acceso a la vivienda de las personas con necesidades en estos ámbitos, y trabajo en red;
- fomento de la participación social activa, la solidaridad y la cooperación social.
- desarrollo de programas de sensibilización social.



BLOQUE 2.
PROPUESTA OPERATIVA PARA EL ABORDAJE DE
LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA
POBLACIÓN CON ADICCIONES



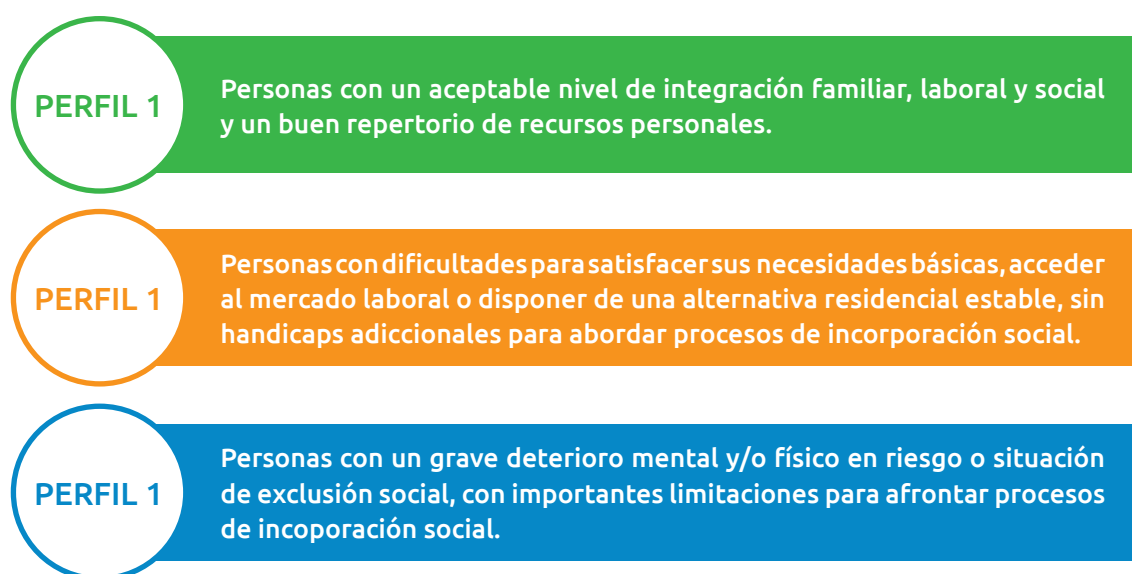
8. ESCENARIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL

La complejidad técnica y organizativa asociada a los procesos de IS de la población con trastornos adictivos y la existencia de perfiles claramente diferenciados respecto a las necesidades presentes en este ámbito aconsejan disponer de pautas generales que ordenen y simplifiquen la participación de los diferentes servicios y profesionales implicados en los procesos de IS.

Con este objetivo se han establecido tres escenarios básicos en torno a los cuales se desarrollarán las intervenciones de apoyo a los procesos de IS, en función del perfil de la población con trastornos adictivos y de sus necesidades en materia de IS.

En función de las diferentes necesidades y de los recursos personales disponibles para abordar situaciones de riesgo y/o de exclusión social, se establecen tres perfiles básicos de personas con trastornos adictivos respecto de los procesos de IS:

Figura 3. Perfiles básicos de personas con trastornos adictivos en relación a los procesos de IS



Fuente: Elaboración propia

La diferencia sustancial entre los perfiles 2 y 3 no radica tanto en las necesidades existentes en materia de IS, puesto que ambos incluyen a personas en riesgo o situación de exclusión social, sino en la capacidad y/o el interés de las personas que integran ambos grupos para abordar determinados objetivos y acciones vinculadas a los procesos de IS. En el caso de las personas que responden al perfil 3 su deteriorado estado de salud física y/o mental condiciona los objetivos a plantear en el marco de los PPIS, restringe el tipo de intervenciones a desarrollar (por ejemplo, dando prioridad a las intervenciones destinadas a asegurar una alternativa residencial temporal o permanente con algún tipo de soporte frente a las destinadas a facilitar el acceso al mercado laboral) y hace necesario dispensarles un apoyo y acompañamiento en el proceso de IS que requerirá de la colaboración o implicación del personal de los CAA.

La responsabilidad en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los PPIS variará en función de los diferentes perfiles, con la única excepción del proceso de diseño, que en todos los escenarios recaerá en los CAA, con independencia de la posible participación de otros servicios en dicho proceso. Se trata de una apuesta que pretende garantizar a todas las personas usuarias de los CAA una evaluación de sus necesidades y recursos en materia de IS, un diagnóstico de IS y, en su caso, el diseño de un PPIS.

Esta apuesta, que puede ser objeto de controversia puesto que idealmente el rol de referente de los procesos de IS debería corresponder a los sistemas de servicios sociales y de empleo, responde a la necesidad de garantizar el apoyo efectivo a los procesos de IS de las personas con TUS. En este sentido, debe tenerse presente la capacidad real de intervención en apoyo a los procesos de IS que ofrecen actualmente los servicios sociales y de empleo, ambos con una importantísima sobrecarga de trabajo.

Existen otras razones que justifican la decisión de asignar a los CAA la responsabilidad en el diseño de los PPIS, que estarían relacionadas con:

- la necesidad de acompañar las intervenciones de apoyo a la IS con los progresos en los procesos de deshabituación/rehabilitación;
- el conocimiento que los CAA tienen de las necesidades y los recursos de las personas objeto de intervención;
- la mayor frecuencia e intensidad de los contactos que los CAA mantienen con las personas potencialmente beneficiarias de los PPIS; y
- la variabilidad de “escenarios” e itinerarios en torno a los cuales se articulan las intervenciones de apoyo a la IS, que explican que no siempre sea necesaria la intervención de los servicios sociales y/o de empleo.

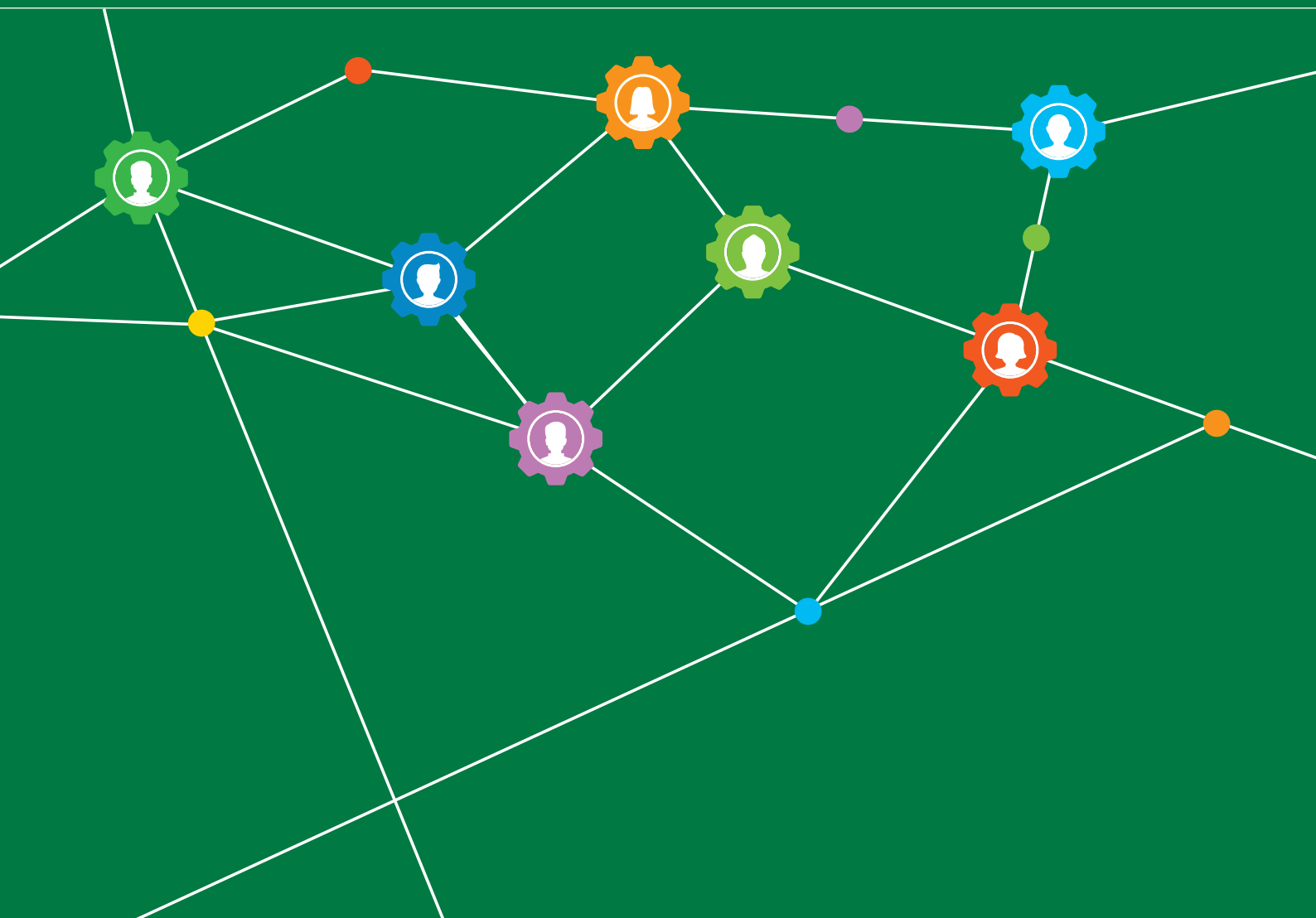
Si bien la responsabilidad del diseño de los contenidos de los PPIS recae en el personal de los CAA, la ejecución, seguimiento y evaluación de los mismos corresponderá a diferentes servicios, en función de las características de cada caso. Para ello se establecen tres posibles escenarios donde tendrán lugar estos procesos:

Figura 4. Responsabilidad en la ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones previstas en los PPIS, según los distintos escenarios de intervención.

<p>ESCENARIO 1 (Intervenciones con personas del Perfil 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución: servicios culturales, deportivos, de ocio, etc.). • Seguimiento y evaluación: CAA.
<p>ESCENARIO 2 (Intervenciones con personas del Perfil 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución: servicios sociales municipales, de empleo, educativos, entidades con programas residenciales y/o de apoyo a la inserción laboral, etc. • Seguimiento y evaluación: Servicios sociales municipales y entidades sociales con programas/servicios de apoyo a la IS.
<p>ESCENARIO 3 (Intervenciones con personas del Perfil 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución: servicios sociales municipales, de empleo, educativos, entidades con programas residenciales y/o de apoyo a la inserción laboral, etc. • Seguimiento y evaluación: Servicios sociales municipales, servicios de salud mental y CAA.

Fuente: Elaboración propia.

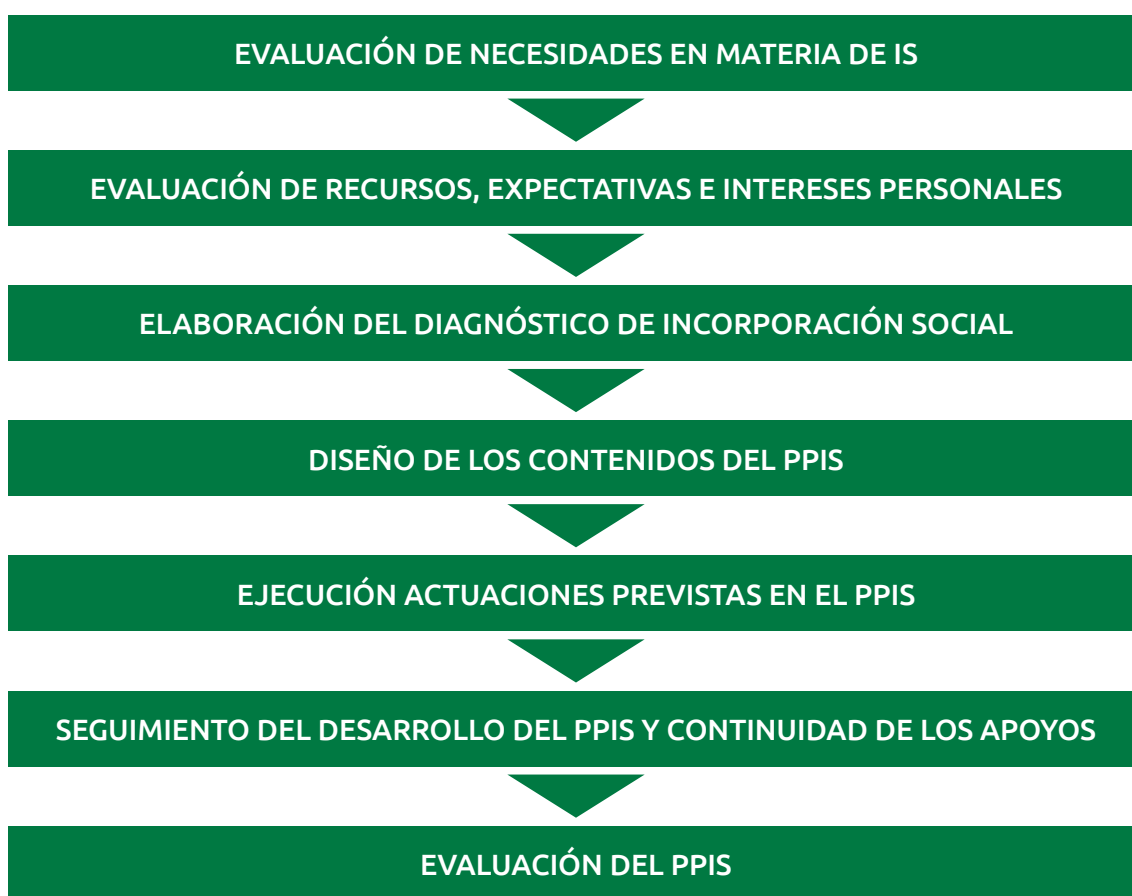
NOTA. La atribución de la responsabilidad del seguimiento y/o evaluación de las intervenciones previstas en los PPIS a un determinado servicio no supone que no existan “otros servicios o entidades colaboradoras” en dichos procesos.



9. PROCESOS CLAVES PARA LA INCORPORACIÓN SOCIAL Y PROCEDIMIENTOS PARA SU EJECUCIÓN

La estandarización de los procesos y procedimientos a seguir para facilitar la IS de las personas con trastornos adictivos resulta esencial, teniendo en cuenta la diversidad de profesionales y servicios intervinientes. Con ello se pretende que cualquier persona que se encuentre en tratamiento por presentar algún trastorno por uso de sustancias u otro tipo de adicción, o que haya completado el mismo, tenga la posibilidad de recibir los apoyos necesarios para superar situaciones de exclusión y/o de riesgo de exclusión y lograr un aceptable nivel de IS. Para ello se establecen una serie de procesos a seguir con todas las personas interesadas en recibir dicho apoyo, así como los procedimientos a seguir para la ejecución de los mismos.

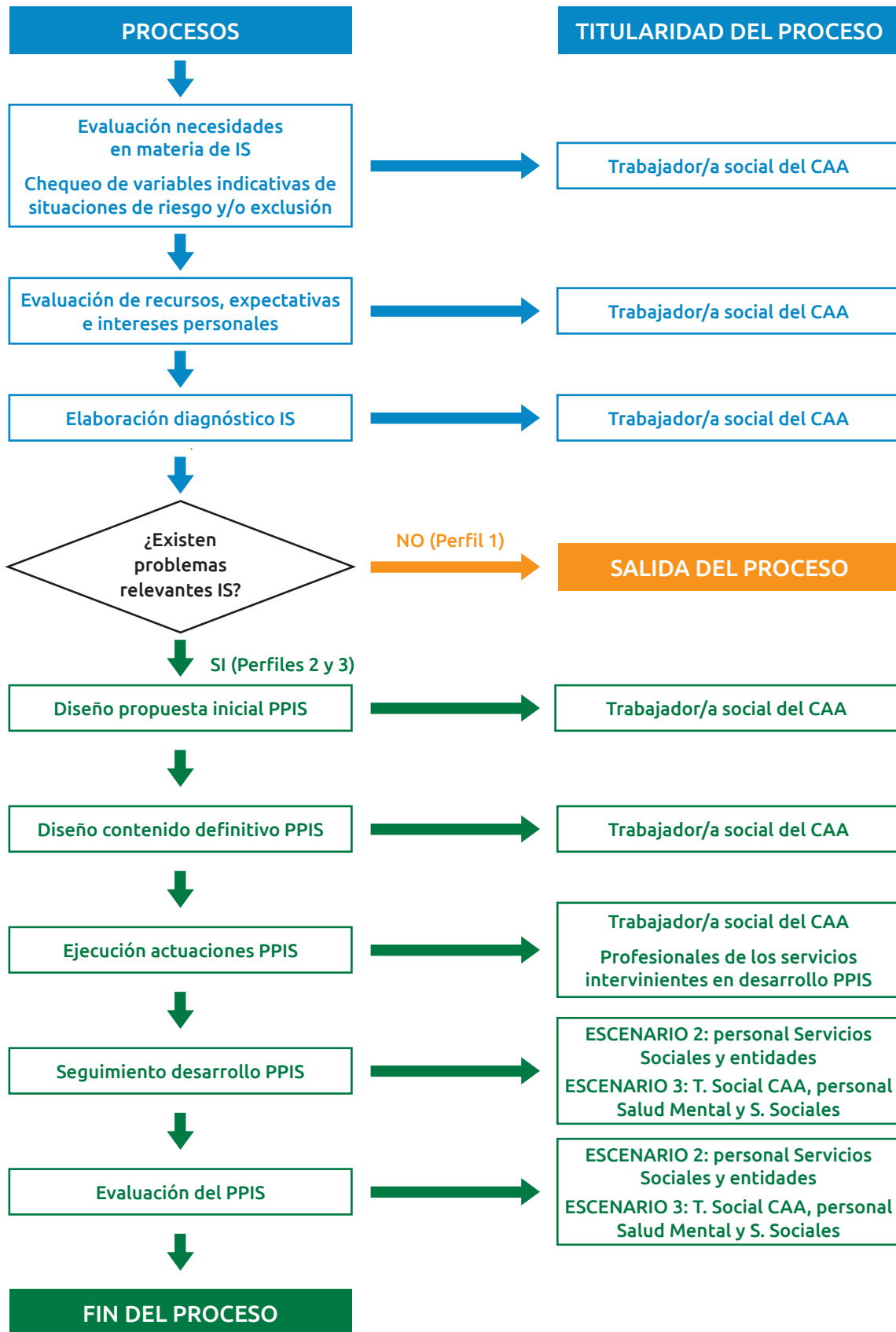
Figura 5. Procesos claves para abordar situaciones de exclusión y/o riesgo de exclusión.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se identifican los servicios y profesionales que deberían asumir la titularidad de los diferentes procesos en los escenarios 2 y 3. No se contemplan las intervenciones a desarrollar en el escenario 1, centradas en personas con un aceptable nivel de IS y un adecuado repertorio de recursos personales, puesto que las mismas serían las responsables de gestionar directamente el acceso a los servicios (deportivos, culturales, de ocio, etc.) que pudieran precisar para consolidar su IS.

Figura 6. Mapa de procesos y procedimientos básicos PPIS.



Fuente: Elaboración propia

9.1. Evaluación de necesidades en materia de incorporación social

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Este proceso se dirige a identificar y evaluar la presencia de necesidades o problemas que la persona presenta en diferentes ámbitos o dimensiones y que impiden o dificultan su participación social o se asocian a situaciones de riesgo o exclusión social, entre las que se incluyen:

- El estado de salud, física y mental, de la persona;
- la exposición a eventos traumáticos;
- la situación familiar y relaciones de pareja;
- el nivel de formación académica;
- la situación laboral;
- la situación económica;
- el lugar de residencia y la situación de la vivienda;
- las relaciones sociales;
- el modo de ocupación del tiempo de ocio;
- la situación jurídico-penal;
- el entorno físico y social (evaluación ambiental);
- los factores personales asociados a situaciones de exclusión o riesgo de exclusión.

La ejecución de este proceso debe servir para asignar a la persona objeto de intervención a uno de los tres perfiles básicos en relación a la IS, descritos en el capítulo precedente.

TITULAR DEL PROCESO:

Trabajador/a social del CAA.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

1. Revisión y/o actualización de la historia clínica (integrada) y/o social

Esta revisión se centrará en aquellos aspectos personales, familiares, sociales, laborales, físicos, psicológicos o relacionados con el uso de sustancias que condicionan las necesidades de la persona objeto de intervención.

Siempre que se tenga conocimiento de que la persona tiene o ha tenido en el pasado contacto con otros servicios o recursos (servicios sociales municipales, servicios de salud mental, programas dependientes de entidades sociales, etc.), se solicitará a los mismos información complementaria que permita mejorar la evaluación de necesidades y los contenidos del diseño de los PPIS.

2. Chequeo de indicadores de situaciones de riesgo y/o exclusión social

Para facilitar la evaluación de necesidades en materia de IS se propone el uso de los siguientes indicadores (Tabla 2):

Tabla 2. Indicadores de situaciones de riesgo y/o exclusión social.

1) Indicadores para la evaluación de necesidades en el ámbito de la salud
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de enfermedades o problemas crónicos de salud;• trastornos mentales comórbidos;• antecedentes de tratamiento de trastornos mentales;• tratamiento actual por trastornos mentales;• restricciones de la actividad habitual por dolores u otras dolencias;• dificultades para la realización de actividades de la vida cotidiana;• dificultades en la movilidad;• deterioro cognitivo (problemas de memoria, concentración, orientación, etc.);• presencia de enfermedades o problemas de salud que generan dependencia;• situación de dependencia reconocida (tipo de dependencia y grado);• prestaciones de atención a la dependencia reconocidas;• tratamientos farmacológicos prescritos y tipo de medicamentos consumidos;• consumo de psicofármacos con o sin prescripción médica;• tipo de cobertura sanitaria;• presencia de enfermedades infectocontagiosas (VIH/Sida, Hepatitis B y C) que pueden generar o reforzar situaciones de exclusión;• consumo actual de diferentes sustancias (tipo de sustancias y patrón de consumo).
2) Indicadores para evaluar la exposición a eventos traumáticos
<ul style="list-style-type: none">• Exposición a situaciones de violencia intrafamiliar;• exposición a abusos sexuales por parte de personas ajenas a la familia o pareja;• rupturas familiares traumáticas;• fallecimiento de personas especialmente relevantes;• antecedentes de intentos de suicidio.
3) Indicadores para evaluar la situación familiar y las relaciones de pareja
<ul style="list-style-type: none">• Convivencia en soledad o con hijas/os menores;• ausencia de relación de pareja estable;• ausencia de redes familiares;• ausencia y/o debilidad de relaciones y/o vínculos afectivos familiares;• ausencia de apoyo familiar al proceso de rehabilitación y/o de IS;• presencia de pareja drogodependiente o con otro tipo de trastorno mental.
4) Indicadores para la evaluación del nivel de formación académica
<ul style="list-style-type: none">• Bajo nivel académico (estudios primarios o inferiores);• disponibilidad de certificado de estudios primarios, secundarios o universitarios;• analfabetismo o dificultades para leer, escribir o realizar cálculos básicos;• barreras lingüísticas (bajo nivel de conocimiento del idioma).
5) Indicadores para la evaluación de la situación laboral
<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de cualificación y/o formación profesional;• bajo nivel de conocimientos técnico-profesionales;• situaciones de desempleo de larga duración, trabajo precario o a tiempo parcial, trabajo en la economía sumergida/sin contrato o de invalidez laboral;• reducidos períodos de cotización a la Seguridad Social;• ausencia de permiso de trabajo;• escasa o nula experiencia laboral;• carencia de competencias básicas para el empleo y/o habilidades prelaborales,

Tabla 2. Indicadores de situaciones de riesgo y/o exclusión social (CONTINUACIÓN).

<p>6) Indicadores para la evaluación de la situación económica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencias materiales severas; • dificultades para llegar a fin de mes; • ausencia de cobertura de necesidades básicas de alimento, vestido y alojamiento; • fuente principal de ingresos vinculada a la ayuda familiar o de la pareja, prestaciones por desempleo y/o sociales y a actividades marginales; • reducido importe de las de prestaciones sociales percibidas.
<p>7) Indicadores para la evaluación de la situación de la vivienda y/o residencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residencia en pensiones, hoteles u hostales; • residencia en alojamientos inestables o precarios (casas ocupadas, chabolas, caravanas, furgonetas o coches, etc.); • residencia temporal en casas de amistades o personas conocidas; • residencia en instituciones (albergues, centros de acogida, etc.); • residencia en pisos o viviendas “tuteladas”; • ausencia de vivienda o de un espacio de convivencia estable; • vivir en la calle; • elevados gastos en vivienda (alquiler, hipoteca, gastos de comunidad, etc.); • deficientes condiciones de la vivienda: problemas de accesibilidad, carencia de servicios básicos, hacinamiento, presencia de humedades, etc.
<p>8) Indicadores para la evaluación de las relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de amistades; • relaciones sociales centradas en otras personas en tratamiento de la adicción; • relación habitual con otras personas consumidoras de sustancias; • carencia de redes sociales de apoyo (formales e informales); • pertenencia a redes sociales con presencia de “conductas disruptivas”; • estigmatización y/o rechazo social percibido por parte del entorno social; • aislamiento social; • falta de pertenencia a asociaciones o grupos organizados.
<p>9) Indicadores para la evaluación del modo de ocupación del tiempo de ocio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de hábitos de ocio saludables; • ocio centrado en el consumo de alcohol; • ocio centrado en el uso de tecnologías de información y comunicación; • nula participación en actividades deportivas, culturales o de carácter cívico-social.
<p>10) Indicadores para la evaluación de la situación jurídico-penal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de detenciones; • antecedentes penitenciarios (número y períodos de estancia en prisión); • procesos judiciales pendientes; • medidas restrictivas de la libertad en vigor (libertad condicional, tercer grado penitenciario, etc.).
<p>11) Indicadores para evaluar el entorno físico y social (evaluación ambiental)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de los espacios públicos próximos a su lugar de residencia; • estigmatización del barrio o lugar de residencia; • inseguridad ciudadana; • ausencia equipamientos y recursos públicos básicos; • marginación económica; • falta de cohesión social; • ausencia de transporte público,

Tabla 2. Indicadores de situaciones de riesgo y/o exclusión social (CONTINUACIÓN).

12) Indicadores para la evaluación de factores personales asociados a situaciones de exclusión o riesgo de exclusión

- Carencia de nacionalidad española;
- carencia de permiso de residencia;
- carencia de permiso de trabajo;
- pertenencia a grupo étnicos estigmatizados.

12) Indicadores para la evaluación de necesidades asociadas al género

- Exposición a diferentes formas de violencia de género;
- embarazo;
- rechazo social por parte del entorno social próximo (familiares, amistades, vecindario, etc.) en el caso de las mujeres usuarias de sustancias;
- dificultades para compatibilizar la participación en tratamientos de rehabilitación y procesos de IS con las tareas de cuidados;
- ausencia de servicios de apoyo para posibilitar la participación en procesos de IS (ayuda a domicilio, escuelas infantiles, centros de día para mayores, etc.);
- dificultades de acceso a servicios y espacios de convivencia tutelados/supervisados para mujeres con hijas/os menores a su cargo;
- dificultades de acceso a recursos residenciales para víctimas de violencia de género (con o sin hijas/os a su cargo).

Fuente: Elaboración propia

9.2. Evaluación de recursos, expectativas e intereses personales

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Promover procesos de IS centrados en la persona requiere de un estudio previo de sus capacidades, recursos y expectativas, a fin de seleccionar estrategias adaptadas a cada caso y garantizar la participación del individuo y su entorno cercano en este proceso; una participación que debe hacerse extensiva a los procesos de diseño y evaluación de los PPIS (Bermejo, 2019; COPOLAD, 2014). El uso de la escucha activa y el establecimiento de un vínculo estratégico entre la persona, su entorno y el personal técnico en torno a un proyecto común/compartido son herramientas facilitadoras de la participación e implicación de las personas beneficiarias de los procesos de IS.

La personalización de las respuestas para favorecer la IS pasa por reconocer a las personas como sujetos con fortalezas, capacidades y preferencias, situándolas en el centro de los cuidados y servicios (Carr, 2012). Con ello se pretende que sea cada persona quien identifique sus propias necesidades y tome decisiones acerca de los apoyos que quiere recibir, tras obtener la información y el asesoramiento necesario para poder adoptar decisiones informadas (SCIE, 2013). Este enfoque permite dar respuesta a las necesidades, expectativas y deseos de cada persona, adaptando los servicios y las prestaciones que se le ofertan a su situación, a la vez que propicia una mayor motivación de las mismas, permitiendo un trabajo de acompañamiento social imprescindible para abordar las situaciones de exclusión social. Con ello se favorece además el empoderamiento de las personas con las que se interviene y se reconoce su derecho a la autodeterminación, factores que redundan en la mejora de la efectividad de las intervenciones realizadas.

El proceso de evaluación de recursos, expectativas e intereses personales tiene como objetivo evaluar las capacidades, los recursos y competencias de la persona para afrontar las necesidades

detectadas en materia de IS, evaluar sus expectativas y el nivel de compromiso de cara al proceso de IS e identificar los recursos familiares y sociales disponibles para facilitar la IS de la persona.

TITULAR DEL PROCESO:

Trabajador/a social del CAA.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

- a. La evaluación de recursos, expectativas e intereses personales se centrará, entre otros, en los siguientes aspectos:
 - Las actitudes personales frente a la IS
 - Interés de la persona por implicarse activamente en el proceso;
 - grado de participación en el proceso;
 - capacidad y/o nivel de compromiso;
 - expectativas generales de la persona respecto al proceso de IS (objetivos que trata de alcanzar con el proceso);
 - disposición a utilizar diferentes recursos y servicios de apoyo a la IS.

- b. Las actitudes de familiares y/o la pareja frente a la IS
 - Nivel de comunicación/contacto con padres, hermanos y otros familiares relevantes para la persona;
 - grado de apoyo emocional y/o material de la familia y/o la pareja a los procesos de rehabilitación e IS de la persona objeto de intervención.

- c. Las prioridades e intereses de la persona en relación a su proceso de IS.
 - Actitudes de la persona hacia el empleo (interés por trabajar, valor otorgado al trabajo, implicación en la búsqueda de empleo, etc.);
 - actitudes de la persona respecto a las relaciones sociales (interés por conocer nuevas personas y mantener relaciones sociales al margen del círculo familiar, disposición a abandonar amistades “de riesgo”, disposición a participar en actividades comunitarias que brinden oportunidades de conectar y relacionarse con otras personas, disposición a incorporarse a grupos, colaborar con entidades sociales, realizar tareas de voluntariado, etc.);
 - actitudes de la persona en relación a los procesos formativos (interés y disposición a participar en actividades dirigidas a mejorar su nivel académico, y/o su nivel de empleabilidad, su conocimiento y manejo de las tecnologías de la información y la comunicación, etc.).

- d. Las aptitudes, competencias y recursos personales disponibles.
 - Habilidades y competencias personales (autoestima, autoimagen, autoconocimiento, responsabilidad personal, capacidad para establecer vínculos estables y positivos, pensamiento analítico, capacidad de toma de decisiones y planificación, pensamiento positivo, autocontrol, confiabilidad, integridad, adaptabilidad, innovación, motivación para el logro, compromiso, iniciativa, capacidad de gestión del tiempo y de organización de las tareas, etc.);
 - habilidades sociales: empatía, asertividad, respeto, capacidad de comunicación y escucha activa, capacidad para reconocer y expresar sentimientos y emociones comunicación y

habilidades expresivas, escucha activa, negociación, comprensión, fiabilidad, responsabilidad, capacidad de resolución de problemas y gestión de conflictos, etc.;

- capacidad de compromiso y respeto de las normas;
- capacidades básicas para el empleo;
- presencia de problemas físicos o mentales para realizar determinadas actividades laborales, sociales o de la vida cotidiana;
- nivel de empleabilidad, formación profesional y experiencia laboral.

e. Disponibilidad de redes sociales de apoyo

- Existencia de redes informales de apoyo (personas o grupos informales en disposición de apoyar a la persona);
- existencia en su lugar de residencia de redes formales de apoyo (entidades sociales, proyectos comunitarios inclusivos, etc.).

f. Presencia de barreras de género

- Asunción de responsabilidades domésticas y/o de cuidados que impiden o dificultan el acceso a ciertos servicios y recursos de apoyo a la IS;
- limitación de expectativas de IS para poder seguir asumiendo tareas de cuidados.

9.3. Elaboración del diagnóstico de incorporación social

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Una vez completados los procesos de evaluación de necesidades y de evaluación de recursos, expectativas e intereses de la persona, el personal técnico responsable de los mismos formulará un **“Diagnóstico de incorporación social”**. El contenido del diagnóstico deberá integrar la visión que tanto la persona como el/la profesional responsable de su formulación tienen acerca de los problemas o dificultades presentes de cara a la IS de la persona y las prioridades y ámbitos de actuación sobre los que se debería actuar.

Para la elaboración del diagnóstico de IS se contará con “diagnósticos parciales” de los diferentes ámbitos directamente relacionados con los procesos de IS (por ejemplo, diagnóstico de salud, familiar, de empleabilidad, de sociabilidad, etc.).

La disponibilidad de un diagnóstico de IS debe preceder siempre al establecimiento de las prioridades y los objetivos a abordar en el marco del PPIS, puesto que la mera identificación de problemas o necesidades existente en materia de IS y la evaluación de los recursos personales no permite sin más el diseño de los PPIS, siendo preciso analizar e interpretar toda la información recopilada.

El proceso de elaboración de un diagnóstico de IS implica formular un juicio interpretativo acerca del conjunto de los datos recopilados durante la evaluación de necesidades y recursos, que ayude a comprender qué está pasando y por qué está pasando. El diagnóstico se sustentará en el análisis de los déficits y las fortalezas de la persona y su entorno social y familiar, debiendo permitir establecer el grado de vulnerabilidad, riesgo o exclusión social de la persona y fijar el tipo de actuaciones profesionales a realizar y la intensidad de las mismas.

El diagnóstico de IS es un proceso clave que facilita la toma de decisiones sobre una serie de aspectos relevantes como son:

- La magnitud de los problemas o dificultades que presenta cada persona en materia de IS;
- la necesidad y la viabilidad de diseñar un PPIS en cada caso concreto;
- la jerarquización de las necesidades detectadas y la identificación de los factores asociados a las situaciones de riesgo y/o de exclusión social;
- la identificación de las prioridades de actuación a implementar para revertir las situaciones de riesgo y/o exclusión social;
- la identificación de los ámbitos o áreas donde debería incidir el PPIS y de los objetivos y actuaciones a incorporar en el mismo.

TITULAR DEL PROCESO:

Trabajador/a social del CAA.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

1. **Identificar la presencia de necesidades en materia de exclusión que justifiquen una intervención programada y sistemática sobre las mismas.**

El diagnóstico en materia de IS debe establecer en primer lugar la presencia de necesidades o problemas con un grado de entidad o relevancia que dificulten o impidan la plena participación de la persona en la vida económica, social y cultural.

Para determinar la necesidad o no de diseñar un PPIS se sugiere chequear las siguientes variables, cuya presencia indicaría la presencia de problemas relevantes en materia de IS (Sánchez, 2007):

Variables indicativas de la presencia de problemas relevantes de IS

Área de salud

- Presencia de trastornos mentales graves que impidan o dificulten el desarrollo de las actividades cotidianas;
- presencia de patología orgánica grave o situaciones de discapacidad que impiden o dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas.

Área económica

- Ausencia de recursos económicos y/o de autosuficiencia económica para cubrir necesidades básicas de alimentación, alojamiento y vestido;
- fuente principal de ingresos vinculada a la práctica de actividades marginales o ilícitas (mendicidad, prostitución, menudeo de drogas, etc.);
- dependencia económica de la familia o la pareja;
- dependencia económica de prestaciones sociales.

Área residencial

- Carencia de un lugar de residencia estable.
- Alojamiento inestable o precario (viviendas ocupadas, albergues, chabolas, calle, coches, etc.).
- Residencia en viviendas con problemas graves de habitabilidad o carencia de servicios básicos.

Área familiar y convivencial

- Ausencia de relación o contacto con la familia de origen;
- ausencia de pareja;
- ruptura familiar (separación, divorcio, etc.);
- presencia de una pareja drogodependiente;
- pérdida de la custodia y/o tutela de los hijos.

Área laboral

- Desempleo de larga duración;
- carencia de competencias básicas para el desempeño de un empleo;
- ausencia de formación laboral;
- ausencia de experiencia laboral;
- desempeño de trabajos que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de sustancias.

Área educativa

- Dificultades para la lectura o escritura;
- ausencia de titulación académica básica (Estudios Primarios, Graduado Escolar).

Área relacional y de ocio

- Aislamiento social severo: ausencia de amistades o personas conocidas al margen de la familia o el personal encargado de su atención;
- relaciones sociales exclusivas o mayoritarias con personas consumidoras de drogas o ex drogodependientes;
- ausencia de redes sociales informales de apoyo;
- vivencias o sentimientos frecuentes de intensa soledad;
- sentimientos de rechazo por parte del entorno social próximo;
- ausencia de actividades de ocio de carácter social.

Área jurídico-legal

- Acumulación de causas judiciales pendientes;
- antecedentes de estancia en prisión;
- restricciones a la libertad (libertad condicional, tercer grado penitenciario).

Se entenderá que existen dificultades graves en materia de IS y, en consecuencia, la necesidad de diseñar un PPIS, si concurre alguna de estas circunstancias:

- Residencia en alojamientos precarios o inestables;
- ausencia de autonomía económica;
- fuente principal de ingresos vinculada a actividades marginales o ilícitas;
- aislamiento social severo (ausencia de relaciones sociales al margen de la pareja o familia) o relaciones sociales exclusivas o mayoritarias con personas consumidoras de drogas;
- problemas físicos o mentales graves que impidan realizar actividades cotidianas;
- ausencia total de redes sociales formales o informales de apoyo;
- presencia de estigma penitenciario;
- concurrencia en una misma persona de varias de las variables indicativas de la presencia de problemas relevantes de IS.

La ausencia de necesidades o problemas relevantes en materia de IS determinará la ausencia del diseño de un PPIS, lo cual no supone que la persona no reciba apoyos puntuales cuando deba hacer frente a ciertas situaciones o problemas. Estos apoyos serán brindados, con carácter general, por profesionales y servicios generalistas.

2. Establecer la viabilidad de diseñar e implementar un PPIS

La decisión acerca de la viabilidad de diseñar e implementar un PPIS estará determinada, básicamente, por la actitud de la persona al respecto y su voluntad para comprometerse en el desarrollo de diferentes actuaciones para favorecer su proceso de IS. El desinterés de la persona por implicarse en el proceso de IS o la negativa sistemática de la misma a participar en diferentes actividades y/o a asumir ciertos compromisos para favorecer su IS determinarán que la intervención cese sin el diseño del PPIS.

Por tanto, una vez completado el diagnóstico, deberá decidirse si es necesario y viable el diseño y desarrollo de un PPIS.

9.4. Diseño de contenidos del Plan Personalizado de Incorporación Social

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

La existencia de un diagnóstico en materia de IS que establezca la necesidad y viabilidad de diseñar un PPIS pondrá en marcha el proceso para el diseño del mismo, sobre la base de los resultados de la evaluación de necesidades y de recursos y del propio contenido del diagnóstico en materia de IS.

Los términos del PPIS deberán ser negociados y aceptados por la persona interesada y estar adaptados a sus expectativas y capacidades de superación o mejora. Esto supone que los objetivos a incluir en el PPIS y las actuaciones comprometidas deben ser “realistas”, lo que a nivel práctico se traducirá en un proceso de negociación y/o ajuste de las expectativas depositadas en el PPIS por parte de la propia persona, su familia y/o pareja y el equipo profesional responsable de su atención (equilibrio entre las necesidades de la persona, sus deseos y su capacidad real de mejora).

Los PPIS son una respuesta estructurada y coordinada a los problemas que en materia de IS presenta una parte relevante de la población con trastornos adictivos, en los que se concretan los objetivos a alcanzar, las actuaciones a implementar para permitir el logro de los objetivos, los servicios y recursos intervinientes (implicados en el desarrollo del PPIS) y los plazos establecidos para la realización de las actuaciones previstas.

Entre los objetivos que tratan de alcanzarse con el diseño de los PPIS se incluyen los siguientes:

- Establecer los itinerarios de IS a seguir con cada persona (la secuencia de actuaciones a realizar y los recursos y prestaciones puestos a disposición de la persona para la gestión de su proceso de IS);
- identificar los objetivos a lograr para avanzar en los procesos de IS en las diferentes áreas de intervención seleccionadas, ajustando los mismos a las necesidades, potencialidades, expectativas y recursos de la persona;

- identificar las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos propuestos;
- explicitar los compromisos asumidos por la persona, su entorno familiar y el conjunto de profesionales intervinientes en el desarrollo del PPIS;
- establecer el cronograma para desarrollar las actividades acordadas y el orden de implementación de las mismas;
- identificar qué profesionales, servicios e instituciones se implicarán en el desarrollo del PPIS;
- establecer los mecanismos para el seguimiento y evaluación del PPIS, incluyendo los indicadores a utilizar en la evaluación del PPIS;
- determinar qué profesionales asumirán el rol de “persona tutora del proceso de IS” o “profesional de referencia del proceso de IS”, responsable de coordinar y dinamizar las actuaciones previstas en el PPIS.

La determinación del profesional que, en cada caso concreto, asumirá la tutoría del proceso de IS o el rol de profesional de referencia es una cuestión crítica para asegurar la continuidad de los apoyos a lo largo del tiempo y facilitar el logro de los objetivos establecidos en el PPIS. Puesto que el desarrollo de los procesos de rehabilitación e IS implica, habitualmente, la participación de múltiples profesionales y servicios, es esencial establecer quién asume en cada fase o etapa de la intervención dicho rol, centralizando los flujos de información asociados al proceso.

En general, en las fases iniciales del tratamiento de las adicciones el grueso de las intervenciones de apoyo a la IS las realiza el personal de los CAA, reduciéndose la intensidad y frecuencia de estas intervenciones a favor de profesionales y servicios normalizados (no específicos para personas con adicciones) con el transcurso del tiempo.

El rol de profesional de referencia o persona tutora del proceso de IS corresponderá inicialmente al trabajador/a social del CAA, siendo asignado a diferentes profesionales, cambiando a medida que los hace el proceso en función de los servicios y recursos implicados en el desarrollo del PPIS.

Las personas que asumen la tutoría del proceso y el rol de profesionales de referencia desempeñan dos funciones básicas:

- a. Facilitar el proceso de IS, ayudando a la persona a encontrar los medios y recursos que le permitan la puesta en marcha de ciertas actividades y la consecución de los objetivos previstos en el PPIS.
- b. Acompañar a la persona a lo largo de su proceso de IS. El acompañamiento debe basarse en el establecimiento de una relación proactiva y de confianza entre la persona y el personal técnico responsable del acompañamiento, que permita avanzar en el logro de un proyecto compartido.

Para un adecuado desarrollo de la función de acompañamiento, la persona que asuma el rol de profesional de referencia debe reunir una serie de requisitos, entre los que se incluyen (Dingwall et al., 2006; Mutilva, 2012):

- Contar con determinadas cualidades personales, como la empatía, el autoconocimiento y la autoconciencia;

- disponer de habilidades de comunión y sociales;
- capacidad de construir relaciones basadas en un ambiente relacional positivo (respeto, colaboración, afecto, valoración y reconocimiento mutuo);
- capacidad para resolver problemas y de mediar en conflictos;
- capacidad para hacer frente a situaciones estresantes;
- capacidad para pedir ayuda y solicitar colaboración y apoyo a otras personas para realizar su trabajo;
- capacidad de coordinarse con otras personas para realizar acciones y tomar decisiones de forma conjunta;
- disponer de buenas conexiones en la comunidad y un buen conocimiento de los recursos disponibles en la misma.

TITULAR DEL PROCESO:

Trabajador/a social del CAA.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

1. **Diseño por parte del profesional de referencia de una propuesta inicial de contenidos del PPIS.**

En base a los datos recopilados en la evaluación de necesidades, la evaluación de recursos, expectativas e intereses y del propio diagnóstico en materia de IS el trabajador/a social del CAA procederá a formular una propuesta inicial de PPIS que incluirá necesariamente los siguientes contenidos:

- a. Una breve justificación de la necesidad de diseñar el PPIS (síntesis del diagnóstico de la situación en materia de IS);
- b. una propuesta de objetivos a cubrir en diferentes ámbitos o áreas de intervención previamente seleccionadas;
- c. una relación de actuaciones a llevar a cabo en cada una de las áreas de intervención;
- d. la relación de recursos y o profesionales que participarían en el desarrollo de las actuaciones previstas;
- e. el calendario previsto para la ejecución de las diferentes intervenciones;
- f. una propuesta con los mecanismos a utilizar para el seguimiento y evaluación del PPI;

2. **Traslado de la propuesta inicial de PPIS a la persona y negociación de sus contenidos.**

La propuesta inicial de contenidos del PPIS será trasladada a la persona interesada en el marco de una reunión convocada específicamente para tal fin. En la misma se informará a la persona de los objetivos y actuaciones propuestas, argumentando las razones de dicha selección.

3. **Diseño de los contenidos definitivos del PPIS**

Una vez presentada la propuesta, la persona interesada deberá valorar la misma, explicitando cuáles de los objetivos y actuaciones está en condiciones de asumir o planteando nuevos objetivos e intervenciones. En base a la posición de la persona se procederá al diseño definitivo del PPIS, que deberá incluir, exclusivamente, los objetivos y actuaciones libremente aceptadas por la persona interesada.

Se sugiere que los compromisos asumidos por la persona objeto de intervención queden reflejados por escrito, bien en el propio diseño del PPIS, bien en un documento independiente a modo de “contrato” entre las partes.

REPERTORIO DE POSIBLES OBJETIVOS Y ACTIVIDADES A INCLUIR EN EL PPIS

Atendiendo a la enorme diversidad de situaciones y problemas que la población usuaria de drogas presenta en materia de exclusión social, son múltiples los objetivos que cabe plantear en el contexto de los PPIS, así como de las actuaciones para facilitar el logro de los mismos.

Con la única finalidad de facilitar el diseño de los PPIS y de armonizar su contenido se formula una propuesta de posibles objetivos y de actuaciones a realizar en diferentes áreas de intervención, que tienen una función meramente orientativa.

Figura 7. Áreas de intervención en el marco de los PPIS



Fuente: Elaboración propia

Área familiar y convivencial

Posibles objetivos:

- Restablecer el contacto con madres/padres u otros familiares significativos;
- restablecer el contacto con hijas e hijos (en casos de ruptura de pareja, adopción de medidas de protección a menores, etc.);
- reforzar los vínculos familiares;
- promover actitudes positivas y de apoyo al proceso de IS por parte de la familia y/o la pareja;
- facilitar conocimientos básicos a las personas que integran la unidad familiar acerca de los procesos de IS y los factores que facilitan o dificultan el proceso;
- facilitar el abordaje de problemas familiares que dificulten la IS de la persona interesada.

Posibles actuaciones:

- Mantener encuentros con madres, padres u otros familiares;
- mantener encuentros con hijas e hijos;
- realización de llamadas periódicas a distintos familiares para conocer su estado e informar de los progresos conseguidos en el tratamiento de la adicción y en el proceso de IS;
- realización de actividades compartidas con integrantes de la unidad familiar;
- participación de las personas que integran la unidad familiar en grupos de carácter socioeducativo;
- incorporación de las personas que integran la unidad familiar a grupos psicoterapéuticos;
- inicio de terapia familiar y/o de pareja;
- solicitud de prestaciones de educación familiar y/o de educación social.

Área residencial

Posibles objetivos:

- Conseguir un espacio de residencia estable;
- acceder a servicios residenciales y/o viviendas tuteladas;
- acceder a servicios residenciales para el tránsito a la vida autónoma;
- mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda.

Posibles actuaciones:

- Solicitud de acceso a promociones públicas de vivienda en alquiler (alquiler social o fondo social de viviendas);
- solicitud de prestaciones económicas para el pago del alquiler;
- gestión de plazas en pisos de apoyo a la IS;
- gestión de alojamientos alternativos con acompañamiento social;
- gestión de plazas en pisos o viviendas tuteladas para personas con TUS u otros trastornos mentales;
- gestión de acceso a recursos residenciales para víctimas de violencia de género;
- gestión del acceso a residencias para personas mayores;
- gestión del acceso a centros de acogida para personas sin hogar.

Área de salud

Posibles objetivos:

- Promover la adquisición de hábitos saludables;
- mantener un seguimiento periódico del estado de salud.

Posibles actuaciones:

- Asistencia a las citas programadas por diferentes servicios de salud;
- seguimiento de las pautas de prescripción farmacológica prescritas por el personal sanitario;
- seguimiento de las pautas de vacunación prescritas por el personal sanitario;
- desarrollo de actividades físico-deportivas regulares;
- participación en programas de deshabituación del tabaquismo;
- reducción/eliminación del consumo de bebidas alcohólicas;
- gestión de prestaciones del sistema de atención a la dependencia.

Área económica

Posibles objetivos:

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alimentación, alojamiento, vestido y transporte;
- propiciar la autosuficiencia económica.

Posibles actuaciones:

- Gestión de prestaciones sociales (ingreso mínimo vital, renta activa de inserción, rentas mínimas de inclusión/inserción, etc.);
- abandono de actividades marginales y/o ilícitas para la obtención de ingresos económicos;
- búsqueda activa de empleo.

Área laboral

Posibles objetivos:

- Obtener formación prelaboral que facilite la adquisición hábitos, aptitudes y habilidades necesarias para el acceso al mercado laboral;
- obtener una formación profesional básica;
- facilitar orientación y asesoramiento laboral;
- propiciar la reconversión laboral en el caso de desempeñar profesiones de riesgo que puedan propiciar recaídas en el consumo de sustancias;
- propiciar el autoempleo.

Posibles actuaciones:

- Participación en programas y/o cursos de formación laboral;
- participación en programas de formación ocupacional;
- participación en planes de formación para la inserción;
- participación en programas de Escuelas Taller, Casas de Oficios y Talleres de Empleo;
- participación en servicios y programas de orientación profesional/laboral;
- participación en talleres de búsqueda activa de empleo;
- participación en programas de autoempleo y emprendimiento;
- gestión de ayudas para el autoempleo.

Área educativa

Posibles objetivos:

- Facilitar competencias lectoras, de escritura y matemáticas básicas para la vida cotidiana;
- facilitar la adquisición de un nivel académico básico;
- facilitar la obtención de titulación académica básica (Certificado de Escolaridad, Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, etc.);
- propiciar la mejora del nivel académico;
- estimular la continuidad de los estudios;
- crear hábitos de aprendizaje y estudio.

Posibles actuaciones:

- Acceso a programas de formación para personas adultas;
- matriculación en ciclos de formación profesional reglada;
- inscripción en pruebas de acceso a la universidad mayores de 25 años;
- participación en programas de universidad para mayores;
- matriculación en estudios universitarios;
- gestión de becas y ayudas para el estudio;
- participación en talleres sobre hábitos de estudio y aprendizaje;
- participación en talleres sobre el manejo de tecnologías de la información y la comunicación.

Área de recursos y habilidades personales y sociales

Posibles objetivos:

- Facilitar competencias y habilidades personales básicas para el afrontamiento de los procesos de IS;
- mejorar las habilidades sociales y personales para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales.

Posibles actuaciones:

- Participación en programas de mejora de habilidades y competencias personales;
- participación en programas y talleres para la mejora de habilidades sociales.

Área relacional y de ocio

Posibles objetivos:

- Evitar situaciones de aislamiento social y/o de soledad no deseada;
- favorecer el contacto con personas ajenas al entorno familiar;
- establecer relaciones sociales y/o de amistad con personas no usuarias de drogas;
- favorecer la instauración de hábitos saludables de ocio;
- propiciar la planificación del tiempo de ocio.

Posibles actuaciones:

- Participación en actividades físico-deportivas grupales y/o de equipo;
- participación en programas y actividades de ocio saludables;
- participación en actividades culturales y artísticas;
- participación en actividades y proyectos medioambientales;
- colaboración con asociaciones y entidades sociales;
- trabajo de voluntariado.

Área jurídico-legal

Posibles objetivos:

- Prevenir la comisión de actividades delictivas;
- asegurar el seguimiento de los procedimientos judiciales pendientes;
- favorecer el cumplimiento de penas alternativo al ingreso en prisión.

Posibles actuaciones:

- Prestación de orientación jurídica;
- prestación de asistencia jurídica en los procedimientos judiciales pendientes.
- Coordinación con programas y servicios de asistencia jurídico-legal a población con TUS;
- coordinación con los servicios judiciales y penitenciarios para el seguimiento de la situación de personas en libertad condicional o en tercer grado penitenciario;
- gestión de prestaciones sociales para población exreclusa.

9.5. Ejecución de las actuaciones previstas en el Plan Personalizado de Incorporación Social

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Completado el diseño de los contenidos del PPIS se procederá al desarrollo del conjunto de actuaciones previstas en el mismo, de acuerdo al cronograma establecido. Este proceso conlleva, en todos los casos, la participación de diversos servicios de carácter generalista. En función de la relevancia de las intervenciones a realizar por dichos servicios y recursos, podrán utilizarse dos procedimientos de acceso a los mismos:

- a. Acceso directo de la persona sin mediación de ningún profesional (por ej. inscripción en una actividad deportiva cuando la misma se considere pertinente para facilitar las relaciones sociales y/o para favorecer formas de ocio saludables).
- b. Mediante derivación formal por parte del profesional responsable del diseño del PPIS (trabajador/a social del CAA) a los diferentes servicios y programas implicados en la ejecución del PPIS (centros de servicios sociales, servicios de empleo, etc.).

TITULAR DEL PROCESO:

Trabajador/a social del CAA.

Personal técnico de los servicios y programas intervinientes en el desarrollo del PPIS.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

En los casos donde se realice una derivación formal a otro servicio o programa la misma irá precedida de un contacto telefónico del trabajador/a social del CAA con el profesional del servicio que asumirá la ejecución de las intervenciones previstas en el PPIS. Este contacto inicial debe servir para:

- Compartir las características generales del caso;
- establecer el procedimiento para la remisión al profesional del servicio receptor del Diagnóstico en materia de IS y del PPIS del caso en cuestión;
- acordar quién asumirá a partir del momento de la derivación el rol de tutor o profesional de referencia del caso;
- establecer los mecanismos para el intercambio de información relevante durante la fase de ejecución del PPIS (problemas de adaptación al servicio o programa, conflictos con otras personas usuarias o el personal técnico del servicio/programa, recaída en el consumo de drogas, abandono del tratamiento, etc.) y el seguimiento del caso.

Tras este contacto telefónico, el trabajador/a social del CAA procederá a remitir el Diagnóstico en materia de IS y el PPIS al profesional del servicio receptor de la derivación.

9.6. Seguimiento del desarrollo del Plan Personalizado de Incorporación Social y continuidad de los apoyos

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

El proceso de seguimiento del PPIS tiene por finalidad verificar si el desarrollo del plan se ajusta, en general, a las previsiones y compromisos establecidos en el mismo o si se han producido de-

terminados hechos que han impedido su ejecución o que han obligado a reformular los objetivos y las actuaciones inicialmente previstas.

Entre los objetivos del proceso de seguimiento se incluyen:

- a. Intercambiar información y valoraciones profesionales respecto a la evolución del PPIS y la situación de la persona;
- b. identificar hechos relevantes que condicionen el desarrollo del PPIS;
- c. constatar los resultados obtenidos hasta el momento;
- d. valorar la conveniencia de modificar o actualizar los contenidos del PPIS;
- e. asegurar la continuidad de los apoyos y el acompañamiento mediante la asignación de un/a profesional de referencia en cada etapa del seguimiento;
- f. valorar la conveniencia de transferir la tutoría o el rol de profesional de referencia del caso a profesionales de otros servicios.

De forma complementaria a estos objetivos, el proceso de seguimiento del PPIS tendrá por finalidad asegurar la continuidad del apoyo y acompañamiento profesional a la persona durante todo el proceso de IS. El control de la continuidad de los apoyos debe extremarse en el momento de la transición de la persona de un servicio a otro.

Para poder cubrir estos objetivos es fundamental establecer mecanismos que permitan el intercambio de información y la coordinación entre los diferentes profesionales intervinientes en desarrollo del PPIS, que deberán contar con el consentimiento informado de la persona titular del PPIS. Atendiendo a las características singulares de ciertos grupos o colectivos (por ejemplo, mujeres con adicciones víctimas de violencia de género o personas con adicciones en situación de calle), en ocasiones será necesario establecer protocolos de actuación conjunta, que regulen la actuación de los equipos profesionales implicados en la atención de la persona y en el desarrollo del PPIS.

TITULAR DEL PROCESO:

En el escenario 2 la titularidad/responsabilidad del proceso recaerá en:

- Personal de los servicios sociales municipales;
- personal técnico de las entidades sociales que gestionan programas o servicios de apoyo a la IS.

En el escenario 3 la titularidad/responsabilidad del proceso recaerá en:

- Trabajador/a social del CAA;
- personal de los servicios de salud mental;
- personal de los servicios sociales municipales.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

El seguimiento del desarrollo del PPIS requiere de contactos periódicos, tanto con la persona titular del mismo, como con el personal técnico de los diferentes servicios intervinientes en el desarrollo del PPIS.

Para ello el profesional que en cada momento asuma la tutoría del proceso de IS (profesional de referencia) mantendrá reuniones periódicas con la persona para analizar el desarrollo del PPIS, las actuaciones realizadas hasta el momento y las previstas para el futuro, los progresos alcan-

zados, las dificultades surgidas y la conveniencia de introducir modificaciones en el diseño inicial del PPIS.

Los mecanismos a establecer para el seguimiento del PPIS deben ser flexibles, debiendo adecuarse a la naturaleza de cada caso (el perfil de las personas objeto de intervención), al número y tipo de los servicios implicados en el desarrollo del PPIS, a la carga de trabajo de los servicios implicados en la ejecución de PPIS y al tipo y/o intensidad de las intervenciones contempladas en el PPIS. En todo caso, debería mantenerse al menos una reunión trimestral para valorar la evaluación del PPIS.

De forma complementaria a las reuniones mantenidas con la persona objeto de intervención, el profesional de referencia contactará con el personal técnico de los servicios y programas implicados en el desarrollo del PPIS para analizar su evolución en los mismos. Para ello podrán utilizarse distintos mecanismos:

- Reuniones periódicas programadas para el seguimiento de los casos objeto de intervención con profesionales de los diferentes servicios implicados en la ejecución del PPIS;
- remisión de Informes de seguimiento (bimensuales o trimestrales) desde los servicios y programas implicados en el PPIS al profesional de referencia del caso;
- envío de correos electrónicos informando de incidencias surgidas en la ejecución del PPIS;
- llamadas telefónicas periódicas y/o puntuales.

En base a los contactos mantenidos por el profesional de referencia con la persona titular del PPIS y con el resto de programas y servicios implicados en su desarrollo se decidirá la conveniencia de modificar el contenido del PPIS y, en su caso, los nuevos objetivos y/o actuaciones comprometidas. En caso de que finalmente se decida la actualización del PPIS, se harán constar por escrito los cambios acordados.

9.7. Evaluación del Plan Personalizado de Incorporación Social

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

La evaluación del PPIS tiene por objetivo verificar el grado de cumplimiento de las acciones (evaluación de procesos) y de los objetivos (evaluación de resultados) comprometidas en el marco del PPIS. Con independencia de la evaluación continua que realicen el conjunto de profesionales participantes de las intervenciones realizadas a lo largo del proceso de seguimiento, el diseño del PPIS debe establecer cuándo se realizará la evaluación general del mismo, quién asumirá la responsabilidad de llevar a cabo la evaluación, qué profesionales participarán en la misma (además de la persona interesada) y qué indicadores se utilizarán para evaluar el PPIS.

Los resultados de la evaluación deben permitir, además de verificar el grado de ejecución y/o de cumplimiento de las actuaciones y los objetivos del PPIS, la identificación de las necesidades y problemas que persisten en materia de IS tras las actuaciones realizadas. Por ello, uno de los efectos inmediatos de la evaluación debe ser establecer si es preciso o no diseñar un nuevo PPIS con el que hacer frente a la nueva realidad o situación de la persona en relación a su IS tras las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento (retroalimentación del proceso de planificación y de las futuras intervenciones a llevar a cabo para favorecer la IS).

Un aspecto crítico del proceso de evaluación, máxime en un ámbito tan complejo como es el de la IS, es la selección previa de las variables que serán objeto de observación o monitoreo y los indicadores de evaluación a utilizar para registrar de forma objetiva y precisa los cambios registrados en la persona en diferentes ámbitos.

TITULAR DEL PROCESO:

En el escenario 2 la titularidad/responsabilidad del proceso recaerá en:

- Personal de los servicios sociales municipales;
- personal técnico de las entidades sociales que gestionan programas o servicios de apoyo a la IS.

En el escenario 3 la titularidad/responsabilidad del proceso recaerá en:

- Trabajador/a social del CAA;
- personal de los servicios de salud mental;
- personal de los servicios sociales municipales.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Para realizar la evaluación de procesos y de resultados del PPIS deberán ponerse en marcha diferentes mecanismos que permitan la recogida sistemática de información sobre las actuaciones realizadas y los logros alcanzados. Estos instrumentos de recogida y registro de información deberán aportar datos actualizados sobre una serie de indicadores de evaluación previamente seleccionados.

Como es lógico, los indicadores de evaluación deberán ser seleccionados en función de los objetivos y las actuaciones previstas en cada uno de los PPIS. No obstante, se ofrecen a continuación algunos de ejemplos de posibles indicadores a utilizar en la evaluación de los PPIS, con una finalidad meramente orientativa.

REPERTORIO DE POSIBLES INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PPIS

Área familiar y convivencial

Indicadores de proceso:

- Número de encuentros mantenidos con madres/padres u otros familiares en el último mes (en los casos en que el titular del PPIS no conviva con la familia de origen);
- número de encuentros mantenidos con sus hijas e hijos en el último mes, en el caso de que no conviva con ellos;
- número de llamadas realizadas/recibidas con distintos familiares en el último mes;
- actividades de carácter socioeducativo de apoyo a los procesos de IS en las que participan madres, padres, pareja u otros familiares;
- número de integrantes de la unidad familiar que participan en grupos y/o actividades de carácter psicoterapéutico;
- número de familiares participantes en terapia familiar;
- número y tipo de intervenciones realizadas en el marco de los servicios de educación familiar y/o de educación social.

Indicadores de resultados:

- Número de familiares con los que la persona titular del PPIS mantiene contacto regular;
- grado de satisfacción con las relaciones mantenidas con madres, padres y otros familiares;
- grado de satisfacción con las relaciones de pareja;
- grado de satisfacción de las relaciones mantenidas con hijas e hijos;
- grado de satisfacción con el apoyo recibido por parte de la pareja y/o la familia para el desarrollo del PPIS.

Área residencial

Indicadores de proceso:

- Intervenciones realizadas para la mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda (reparaciones, suscripción de contratos de suministros, etc.);
- importe de las prestaciones económicas recibidas para el acondicionamiento de la vivienda;
- número y tipo de prestaciones económicas solicitadas para el pago del alquiler;
- importe de las ayudas económicas recibidas para el pago del alquiler;
- fecha de solicitud de acceso a promociones públicas de viviendas en alquiler;
- fecha de solicitud de plaza en pisos de apoyo a la IS, viviendas tuteladas para personas con TUS u otros trastornos mentales, recursos residenciales para víctimas de violencia de género, residencias para mayores u otro tipo de alojamiento con acompañamiento.

Indicadores de resultados:

- Disponibilidad de un lugar de residencia estable;
- mejoras introducidas en la vivienda habitual;
- fecha de acceso a una vivienda pública en régimen de alquiler;
- número de días de pernoctación en centros de acogida para personas sin hogar en el último mes;
- número de días de residencia en alojamientos precarios/inestables o en la calle en el último mes;

Área de salud

Indicadores de proceso:

- Número y tipo de servicios de salud en los que ha recibido asistencia sanitaria en el último trimestre;
- número de fármacos prescritos y de fármacos realmente administrados/consumidos;
- existencia de familiares, profesionales o personas voluntarias encargadas de supervisar la toma de la medicación prescrita;
- número y tipo de vacunas administradas;
- número de deportes practicados en el último mes;
- número de días a la semana en los que sale a caminar y/o en los que practica deporte;
- número de comidas realizadas a lo largo del día y tipo de alimentos ingeridos;
- número promedio diario de horas de sueño/descanso;
- frecuencia de consumo de tabaco y bebidas alcohólicas en el último mes;
- prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia solicitadas.

Indicadores de resultados:

- Porcentaje de asistencia a las citas programadas por diferentes servicios de salud;

- grado de seguimiento de las pautas de prescripción farmacológica prescritas;
- grado de seguimiento de las pautas de vacunación prescritas/indicadas;
- mantenimiento de un estilo de vida activo (actividad físico-deportiva regular);
- mantenimiento de una dieta saludable;
- normopeso;
- participación en programas de deshabituación del tabaquismo y/o abandono del hábito de fumar;
- abstinencia al consumo de alcohol y/o abandono de consumos de riesgo;
- prestaciones reconocidas a cargo del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

Área económica

Indicadores de proceso:

- Número y tipo de prestaciones sociales solicitadas/tramitadas;
- abandono de actividades marginales y/o ilícitas para la obtención de ingresos;
- desempeño de actividad laboral por cuenta ajena o propia;
- información y/o derivación a recursos sociales que cubren necesidades de alimentación, vestido y alojamiento.

Indicadores de resultados:

- Fuente principal de ingresos procedente de actividades laborales y/o del trabajo autónomo;
- importe de los ingresos mensuales procedentes del trabajo o la actividad profesional;
- número y tipo de prestaciones sociales recibidas e importe de las mismas;
- asistencia a recursos y programas que atienden necesidades sociales básicas.

Área laboral

Indicadores de proceso:

- Número de programas y/o cursos de formación laboral en los que ha participado;
- número de planes de formación para la inserción laboral en los que ha participado;
- número de programas de formación ocupacional en los que ha participado;
- número de programas de Escuelas Taller, Casas de Oficios y Talleres de Empleo en los que ha participado;
- número de actividades de formación prelaboral en las que ha participado;
- número de servicios de orientación y asesoramiento profesional/laboral en los que ha sido atendido;
- número de talleres de búsqueda activa de empleo en los que ha participado;
- número de programas de autoempleo y/o emprendimiento en los que ha participado;
- número de ayudas para el autoempleo solicitadas.

Indicadores de resultados:

- Disponibilidad de formación profesional básica acreditable;
- disponibilidad de un certificado de profesionalidad;
- disponibilidad de formación prelaboral;
- reconversión laboral (cambio de actividad laboral en el caso de profesiones de riesgo de recaída en el consumo de sustancias);
- disponibilidad de trabajo por cuenta ajena con contrato laboral;
- disponibilidad de trabajo por cuenta propia (autoempleo).

Área educativa

Indicadores de proceso:

- Número y tipo de cursos/programas de formación para personas adultas en los que se ha inscrito/matriculado la persona titular del PPIS;
- ciclos formativos de formación profesional reglada en los que se ha matriculado;
- matriculación en bachillerato y/o estudios universitarios;
- inscripción en talleres sobre manejo de las tecnologías de la información y la comunicación.

Indicadores de resultados:

- Nivel de competencias lectoras, de escritura y matemáticas adquiridas;
- nueva titulación académica adquirida;
- estudios en los que se encuentra matriculado;
- nivel de conocimiento y manejo de las tecnologías de la información y la comunicación.

Área de recursos y habilidades personales y sociales

Indicadores de proceso:

- Número y tipo de programas y/o talleres para la mejora de habilidades y competencias personales en los que se ha participado la persona;
- número y tipo de programas y/o talleres para la mejora de habilidades sociales en los que ha participado la persona.

Indicadores de resultados:

- Nivel de competencias y habilidades personales básicas alcanzado para el afrontamiento de los procesos de IS;
- nivel de habilidades sociales adquirido.

Área relacional y de ocio

Indicadores de proceso:

- Instalaciones y/o clubes deportivos en los que está inscrita la persona;
- número y tipo de actividades físico-deportivas grupales practicadas;
- programas y actividades de ocio saludables en la que está inscrita la persona;
- actividades culturales y/o artísticas en las que está inscrita la persona;
- número y tipo de actividades culturales y/o artísticas practicadas;
- inscripción en asociaciones u otras entidades sociales;
- número y tipo de proyectos sociales y/o medioambientales en los que colabora.

Indicadores de resultados:

- Nuevas amistades realizadas;
- número de personas ajenas al círculo familiar con las que mantiene contacto regular (una o más veces al mes);
- ausencia de contacto con personas con trastornos por consumo de sustancias y/o vinculadas con actividades marginales;

- instauración de una rutina diaria que incluye la práctica físico-deportiva, la participación en actividades culturales y la realización de actividades artísticas.

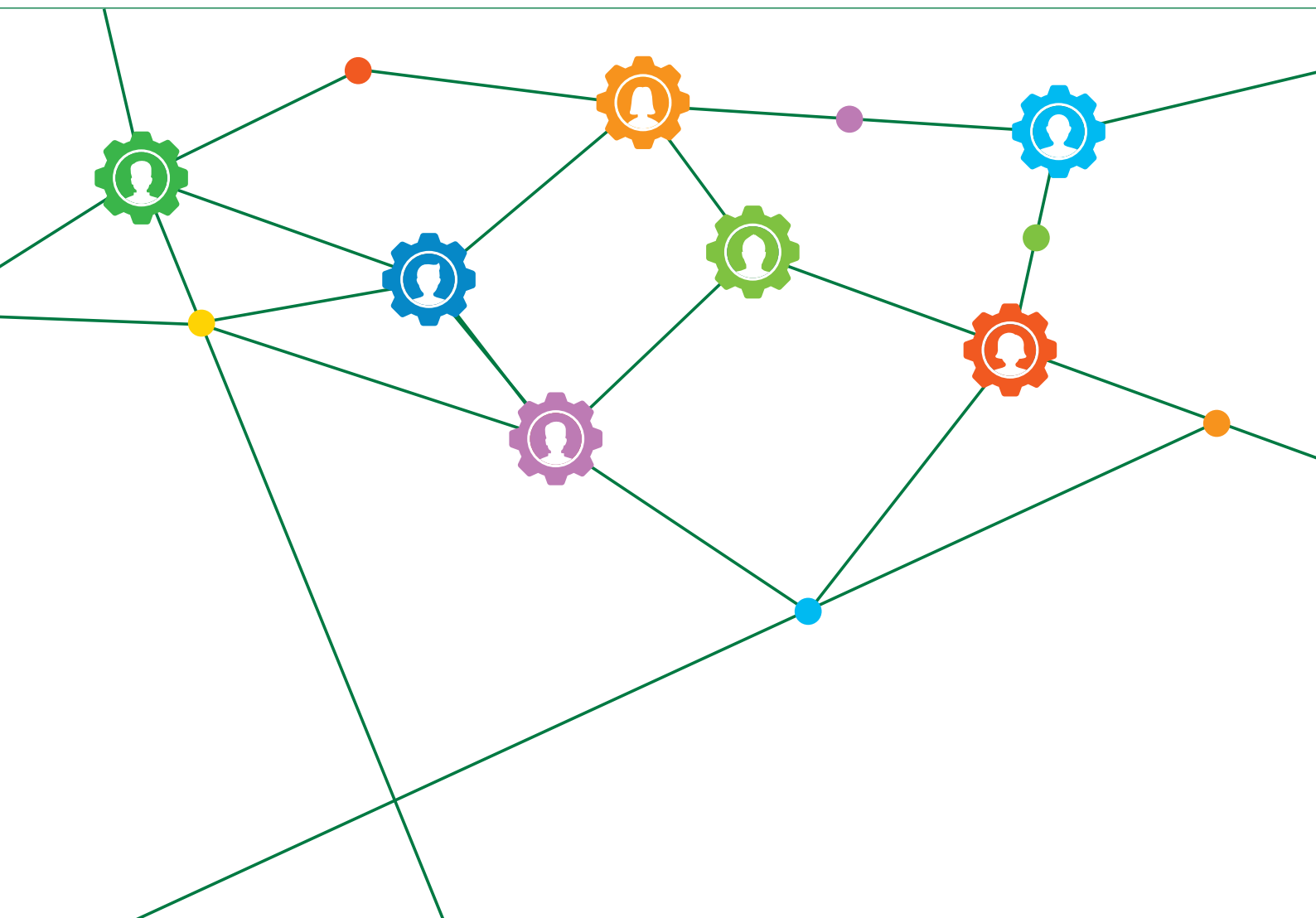
Área jurídico-legal

Indicadores de proceso:

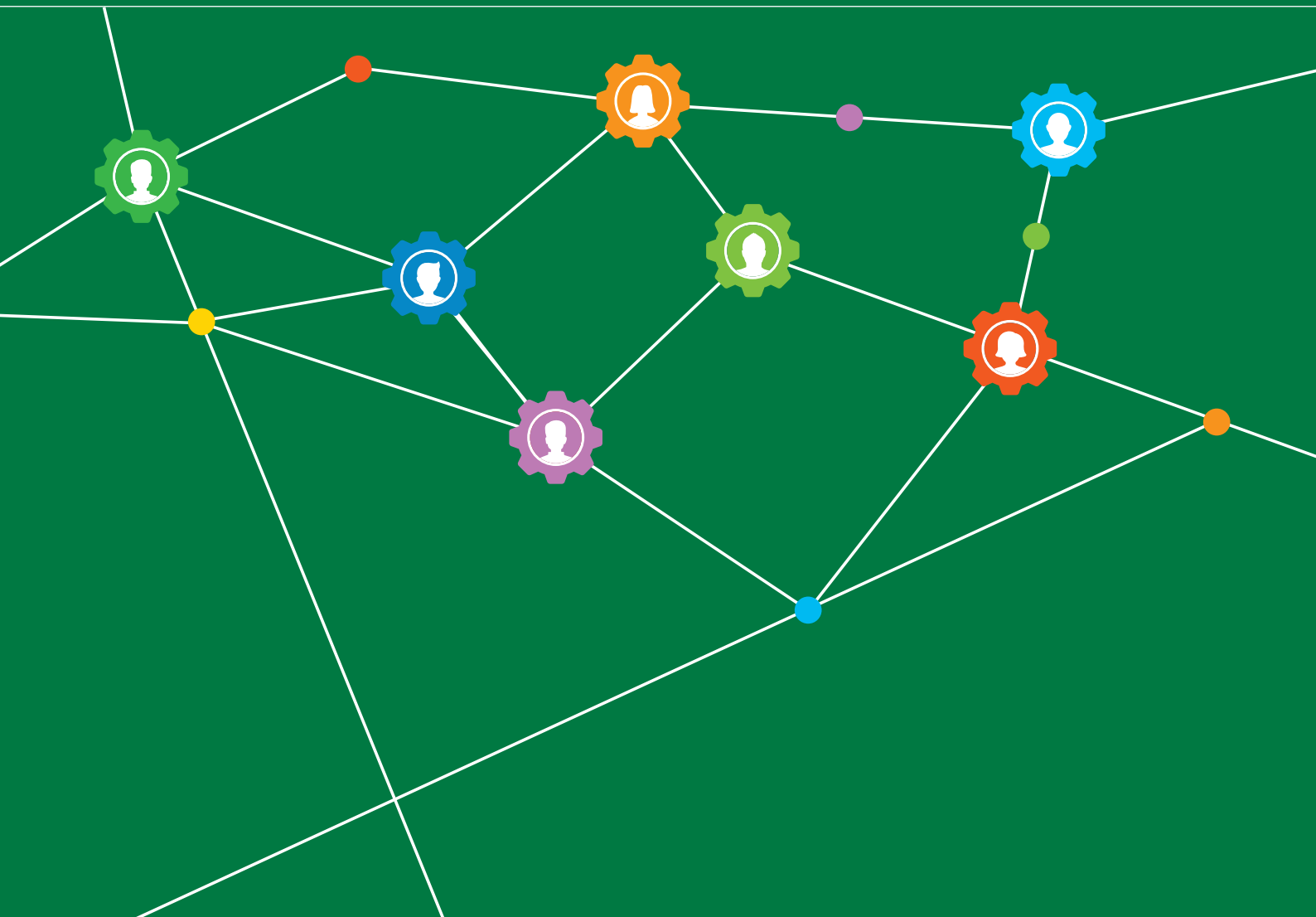
- Número de procedimientos legales abiertos;
- participación en programas o servicios de orientación jurídica;
- número de procedimientos judiciales pendientes por los que ha recibido asistencia jurídica.

Indicadores de resultados:

- Número de procedimientos legales incoados desde el diseño del PPIS;
- número de detenciones y/o ingresos en prisión desde el diseño del PPIS;
- medidas alternativas al ingreso en prisión de las que se beneficia la persona;
- número de procedimientos judiciales pendientes en los que la persona dispone de asistencia jurídica.



BLOQUE 3.
PROPUESTA DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA
LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO A LA
INCORPORACIÓN SOCIAL



10. INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS CLAVES

En este capítulo se proponen una serie de instrumentos que tienen por finalidad facilitar el desarrollo de diferentes procesos claves en materia de IS, varios de los cuales incluyen referencias a datos personales de las personas objeto de intervención. Para garantizar los derechos establecidos por la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal de la población beneficiaria de los servicios y programas de IS, el personal técnico responsable de la cumplimentación, procesamiento y/o archivo de estos instrumentos deberá adoptar las medidas pertinentes para asegurar el ejercicio de tales derechos.

10.1. Instrumentos para realizar la evaluación de necesidades

En general, el personal técnico encargado de la evaluación de necesidades en materia de IS dispone de una amplia información sobre la situación de las personas objeto de intervención. Esta información aparece registrada en la Historia Clínica Integrada o bien en la Historia Social de la que disponen los CAA. Por su parte, otros servicios implicados en los procesos de IS, como ocurre en el caso de los servicios sociales de atención primaria o de los servicios sociales especializados, cuentan también con información relevante de muchas de las personas en situación o riesgo de exclusión social, accesible a través del Sistema de información de usuarias/os de servicios sociales (SIUSS).

Sin embargo, de cara a la evaluación de necesidades en materia de IS lo relevante no es tanto el grado de conocimiento disponible acerca de la situación personal o familiar de una persona concreta, sino la aplicación de instrumentos que permitan una valoración sistemática y estructurada de diferentes ámbitos o dimensiones en las que existen necesidades o problemas, resultado de las propias situaciones de exclusión social.

Por este motivo se considera de utilidad la utilización de herramientas que ayuden a recopilar de forma sistemática una serie de informaciones que permitan identificar la presencia de factores o situaciones que impiden o dificultan la plena participación en la vida social, económica y cultural de las personas con TUS. Para facilitar esta tarea se sugiere el uso de la “Hoja de registro de necesidades en materia de IS”, para cuya cumplimentación se podrá solicitar información complementaria a distintos profesionales de los CAA o de los servicios y programas de los que exista constancia que han estado en contacto o intervenido con la persona objeto de intervención.

ANEXO I. Hoja de registro de necesidades en materia de IS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	
Nombre y Apellidos:	
NIF/Pasaporte/Permiso de residencia:	
Número de tarjeta sanitaria:	
Sexo:	
Identidad de género actual:	
Fecha de nacimiento:	
Estado civil:	
País de nacimiento:	
Nacionalidad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
MODO DE CONVIVENCIA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	
Sola/o:	<input type="checkbox"/>
Únicamente con la pareja:	<input type="checkbox"/>
Con la pareja e hijas/os:	<input type="checkbox"/>
Sola/o con hijas/os:	<input type="checkbox"/>
Con padres o familia de origen:	<input type="checkbox"/>
Con amigas/os:	<input type="checkbox"/>
Otro modo de convivencia:	<input type="checkbox"/>
COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA DE ORIGEN	
Madre	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>
Hermanas	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>
Otros familiares	<input type="checkbox"/>
COMPOSICIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA PROPIA (cuando proceda)	
Pareja	<input type="checkbox"/>
Hijas	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>
Nº total de personas que integran la familia	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES DE PAREJA	
(Breve descripción de la situación familiar y de las relaciones de pareja)	
Indicadores de la calidad de las relaciones familiares y/o de pareja	
Ausencia de contacto/relación con la familia de origen:	<input type="checkbox"/>
Debilidad de relaciones y/o vínculos afectivos familiares:	<input type="checkbox"/>
Conflictividad familiar:	<input type="checkbox"/>
Presencia de problemas familiares graves en familia de origen (progenitores con problemas de salud mental, violencia de género y/o intrafamiliar, etc.)	<input type="checkbox"/>
Ruptura de pareja (separación, divorcio, etc.)	<input type="checkbox"/>
Violencia de género:	<input type="checkbox"/>
Presencia de menores en situación de riesgo social o desprotección:	<input type="checkbox"/>
Presencia de pareja drogodependiente:	<input type="checkbox"/>
Indicadores del grado de implicación o apoyo familiar o de pareja al proceso de IS	
Ausencia de familiares comprometidos a apoyar activamente la IS	<input type="checkbox"/>
Rechazo de la familia o la pareja a implicarse en el proceso de IS	<input type="checkbox"/>

ANEXO I. Hoja de registro de necesidades en materia de IS (Continuación)

SITUACIÓN RESIDENCIAL Y DE LA VIVIENDA	
(Breve descripción de la situación residencial y del estado de la vivienda si procede)	
Lugar de residencia en los últimos 30 días	
Pensiones, hoteles u hostales	<input type="checkbox"/>
Casas o pisos de amistades y conocidos	<input type="checkbox"/>
Alojamientos inestables/precarios (casas ocupadas, chabolas, etc.)	<input type="checkbox"/>
En la calle	<input type="checkbox"/>
En centros de acogida para personas sin hogar	<input type="checkbox"/>
En prisión, centros de reforma o de internamiento para menores	<input type="checkbox"/>
En viviendas tuteladas	<input type="checkbox"/>
En otras instituciones y lugares	<input type="checkbox"/>
Situación de la vivienda	
Problemas graves de habitabilidad (humedades, etc.)	<input type="checkbox"/>
Ausencia de suministros básicos (agua, luz, etc.)	<input type="checkbox"/>
Problemas de accesibilidad (sin ascensor)	<input type="checkbox"/>
Pagos pendientes de alquileres o cuotas hipotecarias	<input type="checkbox"/>
Amenaza u orden de desahucio por impago de renta o hipoteca	<input type="checkbox"/>
Situada en una zona carente de transporte público	<input type="checkbox"/>
ESTADO DE SALUD	
Presencia de trastornos mentales graves comórbidos al uso de sustancias	<input type="checkbox"/>
Presencia de patología orgánica grave que impide la realización de actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Situación de discapacidad moderada, grave o muy grave	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ECONÓMICA	
(Breve descripción de la situación económica)	
Ausencia de recursos económicos para cubrir necesidades básicas de alimentación, alojamiento y vestido	<input type="checkbox"/>
Dependencia económica de prestaciones sociales	<input type="checkbox"/>
Dependencia económica de la ayuda familiar o de la pareja	<input type="checkbox"/>
Privación material y social severa	<input type="checkbox"/>
Pobreza severa	<input type="checkbox"/>
Fuente principal de ingresos procedente de actividades marginales (venta ambulante, prostitución, menudeo de drogas, etc.)	<input type="checkbox"/>
Ingresos económicos totales por debajo del Ingreso Mínimo Vital	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN LABORAL	
(Breve descripción de la situación laboral)	
Carencia de competencias básicas para el desempeño de un empleo	<input type="checkbox"/>
Ausencia de formación laboral	<input type="checkbox"/>
Ausencia de experiencia laboral	<input type="checkbox"/>
Desempleo de larga duración	<input type="checkbox"/>
Desempeño de actividades laborales de riesgo asociadas al consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>
Nulo o escaso interés por acceder al mercado laboral	<input type="checkbox"/>

ANEXO I. Hoja de registro de necesidades en materia de IS (Continuación)

SITUACIÓN EDUCATIVA/ACADÉMICA	
(Breve descripción de la situación educativa o académica)	
Ausencia de titulación académica básica	<input type="checkbox"/>
Dificultades para la lectura, escritura o realizar cálculos básicos	<input type="checkbox"/>
Falta de interés o motivación por ampliar el nivel formativo	<input type="checkbox"/>
Falta de interés por retomar o continuar estudios	<input type="checkbox"/>
RECURSOS Y COMPETENCIAS PERSONALES Y HABILIDADES SOCIALES	
(Breve descripción de las competencias personales y las habilidades sociales)	
Carencia de habilidades y competencia personales básicas	<input type="checkbox"/>
Carencia de habilidades sociales básicas	<input type="checkbox"/>
Baja capacidad de compromiso y de respeto de las normas	<input type="checkbox"/>
RELACIONES SOCIALES Y OCIO	
(Breve descripción de las relaciones sociales y las formas de ocio)	
Aislamiento social severo: ausencia de amistades de personas conocidas al margen de la familia o profesionales encargados de su atención	<input type="checkbox"/>
Relaciones sociales exclusivas o mayoritarias con consumidores de drogas o personas con TUS	<input type="checkbox"/>
Ausencia de redes sociales informales de apoyo	<input type="checkbox"/>
Vivencias o sentimientos frecuentes de intensa soledad	<input type="checkbox"/>
Actitudes de rechazo por parte del entorno social próximo	<input type="checkbox"/>
Ausencia de hábitos de ocio saludables	<input type="checkbox"/>
Ocio centrado en el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
Ocio centrado en uso de tecnologías de la información y la comunicación	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN JURÍDICO-PENAL	
(Breve descripción de la situación jurídico-penal actual y de los antecedentes judiciales)	
Antecedentes de ingreso en prisión	<input type="checkbox"/>
Detenciones en el último año	<input type="checkbox"/>
Procedimientos judiciales pendientes	<input type="checkbox"/>
Medidas de restricción de la libertad en vigor	<input type="checkbox"/>
Estigma carcelario/penitenciario	<input type="checkbox"/>
NECESIDADES MANIFESTADAS Y/O PERCIBIDAS POR LA PERSONA INTERESADA	

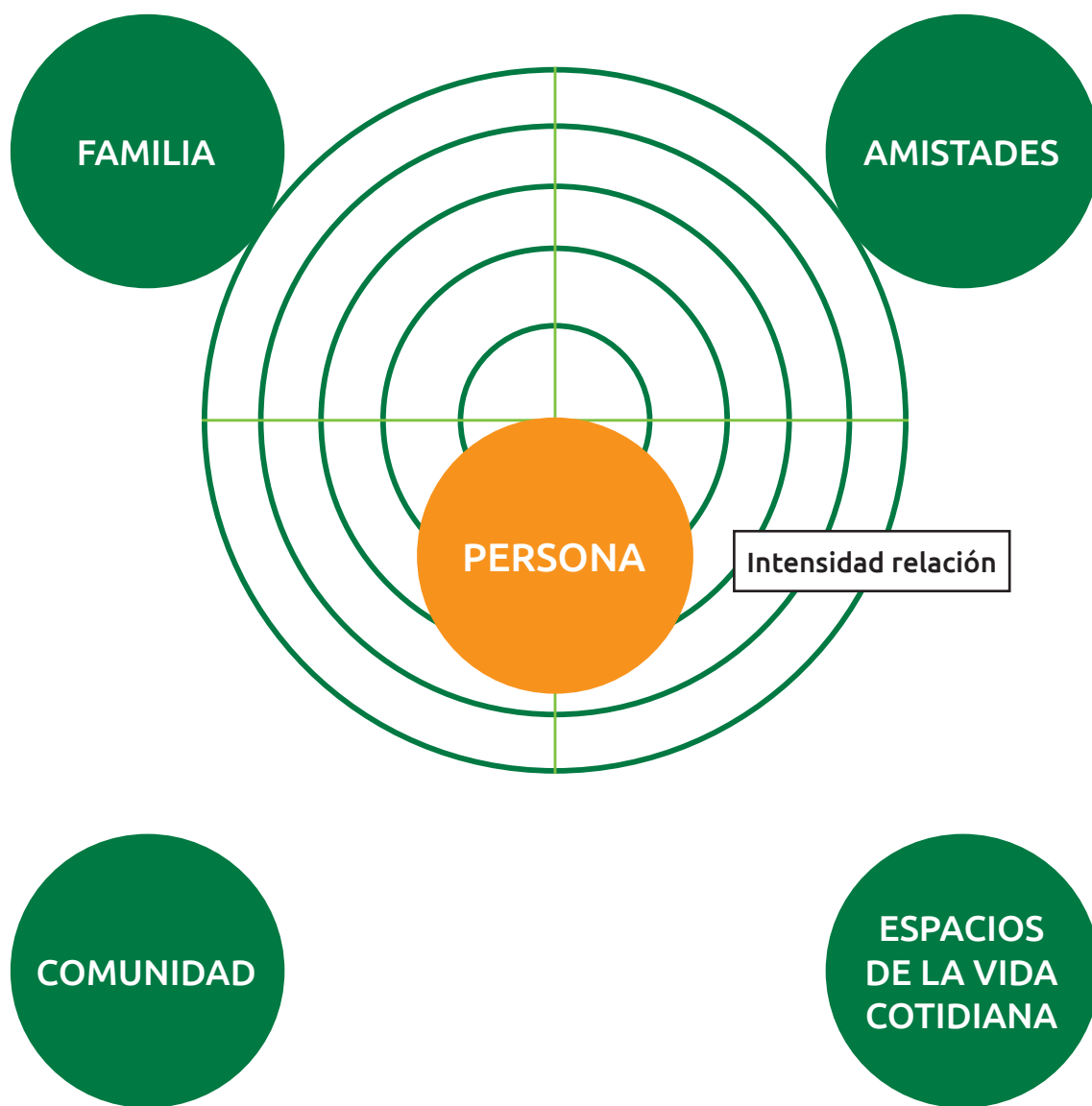
Fecha y firma del profesional/la profesional responsable del diagnóstico

10.2. Instrumentos para realizar la evaluación de recursos, expectativas e intereses personales

ANEXO II. Hoja de evaluación de recursos, expectativas e intereses personales

ACTITUDES PERSONALES FRENTE A LA INCORPORACIÓN SOCIAL					
(Breve descripción de la actitud de la persona de cara al proceso de IS)					
Valoración de las actitudes personales	Puntuación escala 1 (nulo) a 5 (máximo)				
Interés mostrado por el proceso	1	2	3	4	5
Grado de participación en el proceso					
Capacidad de compromiso					
Expectativas generales de la persona respecto al proceso de IS (objetivos que trata de alcanzar)					
Disposición a utilizar diferentes recursos y servicios de apoyo a la IS.					
Valoración de las actitudes de la familia					
Interés mostrado por el proceso					
Apoyo emocional					
Implicación material en el proceso (asistencia a entrevistas, participación en actividades, etc.)					
Prioridades e intereses personales en relación al proceso de IS					
Grado de interés por trabajar					
Valor otorgado al trabajo					
Disposición a implicarse en búsqueda de empleo					
Interés por recibir formación prelaboral					
Interés por recibir formación laboral					
interés por conocer nuevas personas					
Interés por relacionarse con otras personas					
Interés por hacer amistades					
Disposición a dejar de relacionarse con personas con TUS					
Interés por adquirir hábitos saludables de vida					
Interés por realizar actividades físico-deportivas					
Interés por participar en actividades culturales					
Interés por colaborar en proyectos sociales					
Interés por mejorar su nivel cultural/académico					
Interés por formarse en el manejo de las TIC					
Valoración de los recursos y habilidades personales y sociales					
Habilidades y competencias personales					
Habilidades sociales					
Capacidad de compromiso y respeto de normas					
Capacidades básicas para el empleo					
Capacidad para realizar actividades cotidianas					
Valoración de las redes sociales de apoyo					
Disponibilidad de redes informales de apoyo					
Disponibilidad de redes formales de apoyo					
Valoración de las barreras de género					
Disposición a priorizar el proceso de IS sobre tareas/responsabilidades de cuidado					

ANEXO III. Mapa de relaciones sociales



10.3. Instrumentos para la elaboración del diagnóstico de incorporación social

ANEXO IV. Modelo de diagnóstico social

PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Nombre y apellidos:
Servicio/entidad en la que trabaja:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Nombre y apellidos:
Dirección:
Teléfono de contacto:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Y DE LA EVOLUCIÓN DE LA PERSONA EN EL TRATAMIENTO

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS EN DISTINTOS ÁMBITOS

PRINCIPALES NECESIDADES DETECTADAS EN MATERIA DE IS

ACTITUDES, INTERESES Y EXPECTATIVAS PERSONALES Y FAMILIARES RESPECTO A LA IS (DEBILIDADES Y FORTALEZAS)

ANEXO IV. Modelo de diagnóstico social (Continuación)

PRIORIDADES DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE IS	
Para la persona objeto de intervención	
Para el personal técnico	
ÁREAS DE ACTUACIÓN PROPUESTAS	
Área familiar y convivencial	<input type="checkbox"/>
Área residencial	<input type="checkbox"/>
Área de salud	<input type="checkbox"/>
Área económica	<input type="checkbox"/>
Área laboral	<input type="checkbox"/>
Área educativa	<input type="checkbox"/>
Área de recursos y habilidades personales y sociales	<input type="checkbox"/>
Área relacional y de ocio	<input type="checkbox"/>
Área jurídico-legal	<input type="checkbox"/>
Otras áreas de actuación (detallar cuando proceda):	<input type="checkbox"/>
VIABILIDAD DE DISEÑAR E IMPLEMENTAR UN PPIS	
SI	<input type="checkbox"/>
NO (en caso negativo explicar las razones por las cuales no se considera viable el diseño y desarrollo de un PPIS)	<input type="checkbox"/>

Fecha y firma del profesional/la profesional responsable del diagnóstico

10.4. Instrumentos para el diseño de los contenidos del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)

ANEXO V. Modelo de Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)

PROFESIONAL QUE DISEÑA EL PPIS
Nombre y apellidos: Servicio/entidad en la que trabaja:
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA
Nombre y apellidos: Dirección: Teléfono de contacto:
OBJETIVO GENERAL DEL PPIS
CONTENIDOS DEL PPIS (en las áreas de actuación seleccionadas en cada caso)
Área familiar y convivencial
Objetivos: Actuaciones: Plazo de ejecución de las actuaciones: Servicios y profesionales implicados:
Área residencial
Objetivos: Actuaciones: Plazo de ejecución de las actuaciones: Servicios y profesionales implicados:
Área de Salud
Objetivos: Actuaciones: Plazo de ejecución de las actuaciones: Servicios y profesionales implicados:
Área económica
Objetivos: Actuaciones: Plazo de ejecución de las actuaciones: Servicios y profesionales implicados:
Área laboral
Objetivos: Actuaciones: Plazo de ejecución de las actuaciones: Servicios y profesionales implicados:

ANEXO V. Modelo de Plan Personalizado de Incorporación Social (Continuación)

CONTENIDOS DEL PPIS (en las áreas de actuación seleccionadas en cada caso)
<p>Área educativa</p> <p>Objetivos:</p> <p>Actuaciones:</p> <p>Plazo de ejecución de las actuaciones:</p> <p>Servicios y profesionales implicados:</p>
<p>Área de recursos y habilidades personales y sociales</p> <p>Objetivos:</p> <p>Actuaciones:</p> <p>Plazo de ejecución de las actuaciones:</p> <p>Servicios y profesionales implicados:</p>
<p>Área relacional y de ocio</p> <p>Objetivos:</p> <p>Actuaciones:</p> <p>Plazo de ejecución de las actuaciones:</p> <p>Servicios y profesionales implicados:</p>
<p>Área jurídico legal</p> <p>Objetivos:</p> <p>Actuaciones:</p> <p>Plazo de ejecución de las actuaciones:</p> <p>Servicios y profesionales implicados:</p>
<p>Otras áreas de intervención (detallar)</p> <p>Objetivos:</p> <p>Actuaciones:</p> <p>Plazo de ejecución de las actuaciones:</p> <p>Servicios y profesionales implicados:</p>
<p>CALENDARIO PARA LA REVISIÓN DEL PPIS</p> <p>Fecha de próxima reunión con la persona interesada para revisar el PPIS:</p>

Las personas abajo firmantes se comprometen a realizar las actuaciones indicadas en el PPIS en los plazos previstos.

Firma de la persona titular del proceso

Firma del/de la profesional que diseña el PPIS

10.5. Instrumentos de coordinación para el desarrollo del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)

ANEXO VI. Modelo de informe de derivación

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:

PROFESIONAL QUE REALIZA LA DERIVACIÓN

Nombre y apellidos del/de la profesional:
Servicio y/o entidad en la que trabaja:
Teléfono de contacto:
Correo electrónico:

DATOS DEL SERVICIO RECEPTOR DE LA DERIVACIÓN

Nombre y apellidos del/de la profesional al que se deriva el caso:
Servicio y/o entidad receptora del caso:
Teléfono de contacto:

ANTECEDENTES DEL CASO

Evolución del trastorno por uso de sustancias y del tratamiento del mismo:

Principales necesidades detectadas en materia de IS (síntesis del diagnóstico de IS):

ACTUACIONES REALIZADAS HASTA LA FECHA

Descripción de las principales actuaciones llevadas a cabo por la propia persona y el personal técnico de los diferentes servicios y entidades intervinientes:

OBJETIVO DE LA DERIVACIÓN (por qué se deriva y para qué se deriva)

Referencia a los principales objetivos y actuaciones previstas en el PPIS:

Motivo de la derivación (referencia al objetivo cuyo logro se trata de alcanzar con la derivación):

Acciones concretas que se solicita que realice el servicio o entidad a la que se realiza la derivación:

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

Diagnóstico en materia de incorporación social
Plan Personalizado de Incorporación Social
Otra documentación (detallar):

10.6. Instrumentos para el seguimiento del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)

ANEXO VII. Informe de seguimiento

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:

PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

Nombre y apellidos del/de la profesional:
Servicio y/o entidad en la que trabaja:
Teléfono de contacto:

ACTUACIONES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Acciones llevadas a cabo:

Servicios/entidades y profesionales intervinientes:

VALORACIÓN DEL GRADO DE EJECUCIÓN DE LAS ACTUACIONES PREVISTAS

VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PPIS

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA ASEGURAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

NECESIDAD DE MODIFICACIÓN DE ALGUNO DE LOS OBJETIVOS Y ACTUACIONES PREVISTAS EN EL PPIS

Objetivos a revisar/modificar:

Nuevos objetivos propuestos:

Actuaciones a revisar:

Nuevas actuaciones propuestas:

ANEXO VIII. Ficha de registro de acciones de seguimiento

REGISTRO DE REUNIONES DE SEGUIMIENTO
Reuniones con la persona interesada
Fecha de la reunión: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Fecha de la reunión: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Reuniones con profesionales
Fecha de la reunión: Profesionales asistentes a la reunión: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Fecha de la reunión: Profesionales asistentes a la reunión: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
REGISTRO DE CONTACTOS TELEFÓNICOS
Contactos con la persona interesada
Fecha: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Fecha: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Contactos con profesionales
Fecha: Nombre del/de la profesional: Servicio o entidad en el que trabaja: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:
Fecha: Nombre del/de la profesional: Servicio o entidad en el que trabaja: Cuestiones abordadas: Acuerdos adoptados:

10.7. Instrumentos para la evaluación del Plan Personalizado de Incorporación Social (PPIS)

ANEXO IX. Modelo de informe de evaluación para las personas interesadas

Fecha del informe:

Nombre y apellidos:

Nos gustaría que evaluara diferentes aspectos relacionados con el desarrollo del PPIS, puntuando los mismos del 1 (la puntuación más baja o negativa) al 5 (la puntuación más alta o positiva).

ASPECTOS A VALORAR	1	2	3	4	5
El grado de cumplimiento de los objetivos previstos en el PPIS					
Objetivo 1					
Objetivo 2					
Objetivo 3					
El grado de cumplimiento de las actuaciones acordadas en el marco del PPIS					
Actuación 1					
Actuación 2					
Actuación 3					
Su grado de implicación/compromiso con los acuerdos alcanzados en el PPIS					
Su grado de satisfacción general con las acciones realizadas en favor de su IS					
Su grado de satisfacción con los siguientes aspectos concretos:					
El apoyo prestado por el/la Trabajador/a Social del CAA					
El apoyo prestado por el personal de servicios sociales					
El apoyo prestado por el personal de los servicios de empleo					
El apoyo prestado por el personal de los servicios de tipo residencial					
La coordinación entre los diferentes servicios					
La calidad de la atención recibida					
Su nivel de integración social actual					
Su disposición para seguir avanzando en su IS mediante la reformulación del PPIS					

Para finalizar nos gustaría que indicara los aspectos positivos y negativos que destacaría de su participación en el PPIS:

- a. Aspectos positivos
- b. Aspectos negativos

ANEXO X. Modelo de informe de evaluación para profesionales

Fecha del informe:

Nombre del/de la profesional:

Servicio/programa en el que trabaja:

Nombre de la persona titular del PPIS:

Nos gustaría que evaluara diferentes aspectos relacionados con el desarrollo del PPIS, puntuando los mismos del 1 (la puntuación más baja o negativa) al 5 (la puntuación más alta o positiva).

ASPECTOS A VALORAR	1	2	3	4	5
El grado de cumplimiento de los objetivos previstos en el PPIS, en base a los indicadores seleccionados					
Objetivo 1					
Objetivo 2					
Objetivo 3					
El grado de cumplimiento de las actuaciones acordadas en el marco del PPIS, en base a los indicadores seleccionados					
Actuación 1					
Actuación 2					
Actuación 3					
El grado de implicación/compromiso de la persona en el desarrollo del PPIS					
La coordinación y colaboración con los servicios y entidades participantes en el proceso					
El trabajo en red realizado para facilitar la IS de la persona objeto de intervención					
El nivel general de integración social de la persona					

Para finalizar nos gustaría conocer su opinión respecto a las siguientes cuestiones:

- c. Los motivos que han condicionado el cumplimiento o el incumplimiento de las actuaciones previstas en el PPIS:
- d. Las razones que han permitido o impedido el logro de los objetivos previsto en el PPIS
- e. La necesidad de seguir apoyando de forma sistemática a la persona en su proceso de IS mediante la reformulación actual PPIS y/o el diseño de un nuevo PPIS:
- f. Las mejoras de tipo técnico u organizativo que sugiere introducir para facilitar el éxito de futuros PPIS:

10.8. Instrumentos de registro de las intervenciones realizadas para su inclusión en sistemas de información autonómicos/nacionales

Los sistemas de información y registro no solo permiten disponer de un conjunto de datos básicos de las personas que acceden a los programas y servicios de IS, a fin de diseñar las intervenciones a desarrollar con las mismas, sino que son claves para monitorizar las características y necesidades que presentan las personas en situación o riesgo de exclusión social y las respuestas brindadas a las mismas. Asimismo, estos sistemas posibilitan el análisis de la evolución registrada en las demandas que formulan las personas beneficiarias de los servicios y programas de IS y de las respuestas implementadas para su satisfacción.

Por ello los sistemas de información y registro son valiosos instrumentos para el diseño de las políticas y planes a implementar a nivel local, autonómico y estatal para prevenir la exclusión social y/o para favorecer la IS de las personas o colectivos en situación o en riesgo de exclusión.

Entre los componentes básicos o elementos comunes a todos los sistemas de información y registro se incluyen los siguientes:

- a. Una relación de centros o servicios “declarantes”, responsables de cumplimentar las hojas de registro de las intervenciones realizadas en materia de IS (por ejemplo, los CAA, los servicios sociales municipales, los servicios de empleo públicos y las entidades que gestionan programas y servicios de IS con financiación pública).
- b. El conjunto de variables o indicadores a recoger (la relación de datos que deben ser aportados al sistema).
- c. El circuito que deben seguir los datos registrados desde el servicio encargado de su recogida o registro hasta la unidad central encargada de su procesamiento, análisis y difusión.

En el caso que nos ocupa los datos a recopilar son los que se incluyen en la “Hoja de registro de programas y servicios de IS” (Anexo XI-1). Dicha hoja debería ser remitida por la institución o entidad titular del programa/servicio/recurso al departamento designado en cada una de las CC.AA, que procesará dicha información y cumplimentará el Anexo XI-2, remitiéndolo a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Para facilitar el funcionamiento del sistema de información sobre las actuaciones realizadas en materia de IS se establece un conjunto mínimo de datos a registrar por parte de las instituciones que disponen de programas y servicios en este ámbito, susceptibles de ser utilizados por la población con trastornos adictivos (Anexo XI-1).

ANEXO XI-1. Hoja de registro de programas y servicios de IS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ENTIDAD RESPONSABLE DEL PROGRAMA O SERVICIO:	
NOMBRE DEL PROGRAMA O SERVICIO (*):	
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DEL PROGRAMA O SERVICIO (poner una X donde proceda):	
Municipal (nombre del municipio:)	<input type="checkbox"/>
Comarcal (nombre de la comarca:)	<input type="checkbox"/>
Provincial (nombre de la provincia:)	<input type="checkbox"/>
Autonómico (nombre de la CC.AA:)	<input type="checkbox"/>
Nacional	<input type="checkbox"/>
TIPOLOGÍA DEL PROGRAMA O SERVICIO (**):	
Programa de relación social y ocio	<input type="checkbox"/>
Programa de formación (capacitación académica o pre-ocupacional)	<input type="checkbox"/>
Programa de inserción laboral	<input type="checkbox"/>
Programa o recurso de apoyo residencial	<input type="checkbox"/>
Otra categoría de programa (detallar):	<input type="checkbox"/>
Solo PPIS (en el caso de los CAA)	<input type="checkbox"/>
POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROGRAMA O SERVICIO A LO LARGO DEL AÑO (***):	
Número de hombres: Número de mujeres: Número de personas no binarias:	
Número de casos donde no hay constancia del sexo (desconocidos):	
Número total de personas beneficiarias del programa/servicio:	

(*) En el caso de que una misma institución o entidad gestione dos o más programas o servicios debería cumplimentar una Hoja de registro por cada programa/servicio.

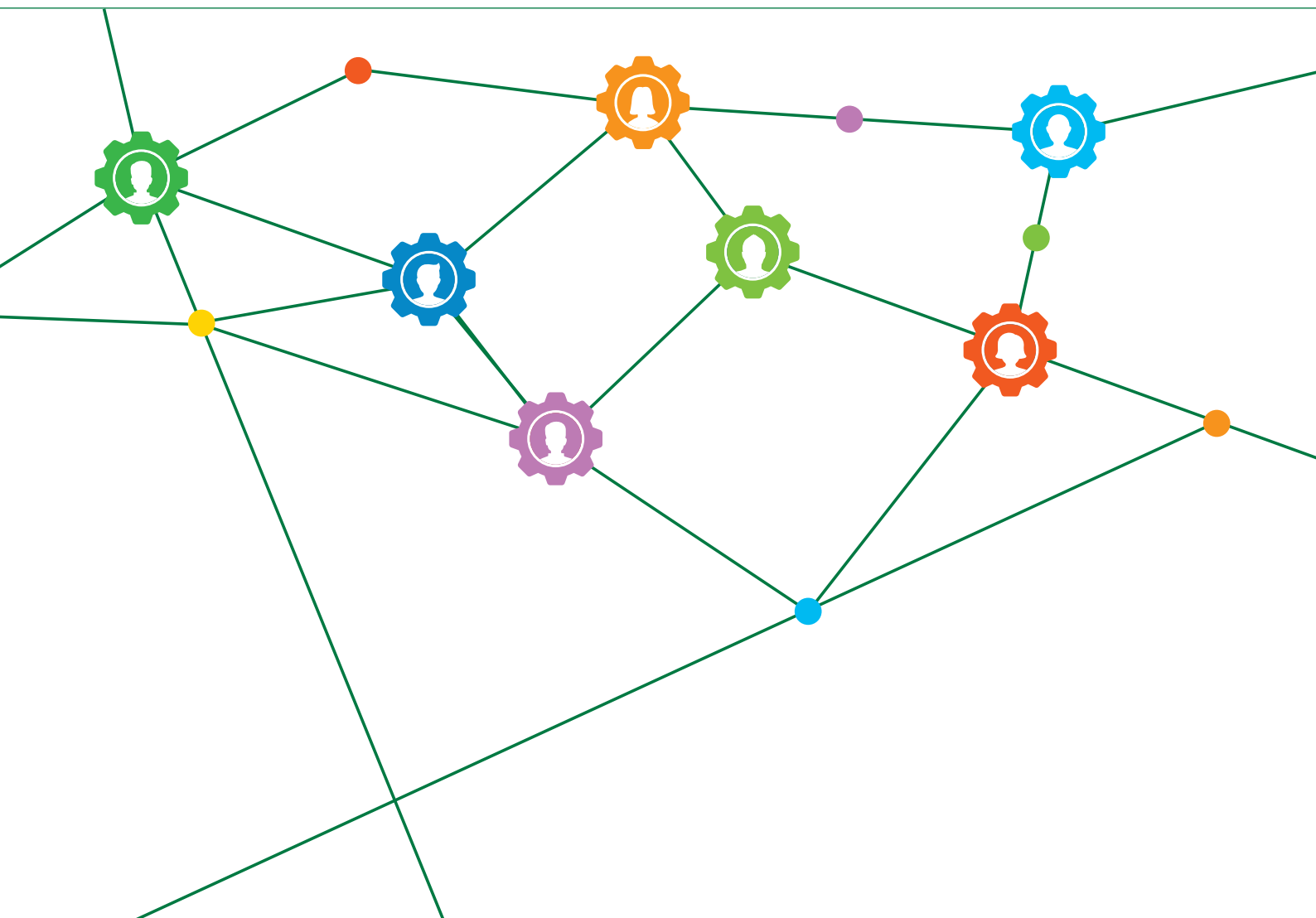
(**) Aunque es frecuente que un mismo programa o servicio incida sobre varios ámbitos se deberá consignar, exclusivamente, una sola de las categorías propuestas.

(***) En los casos en los que las intervenciones de apoyo a los procesos de IS se desarrollan en exclusiva por parte de los CAA estos servicios deberán registrar el número de hombres, mujeres y personas no binarias que disponen de un PPIS.

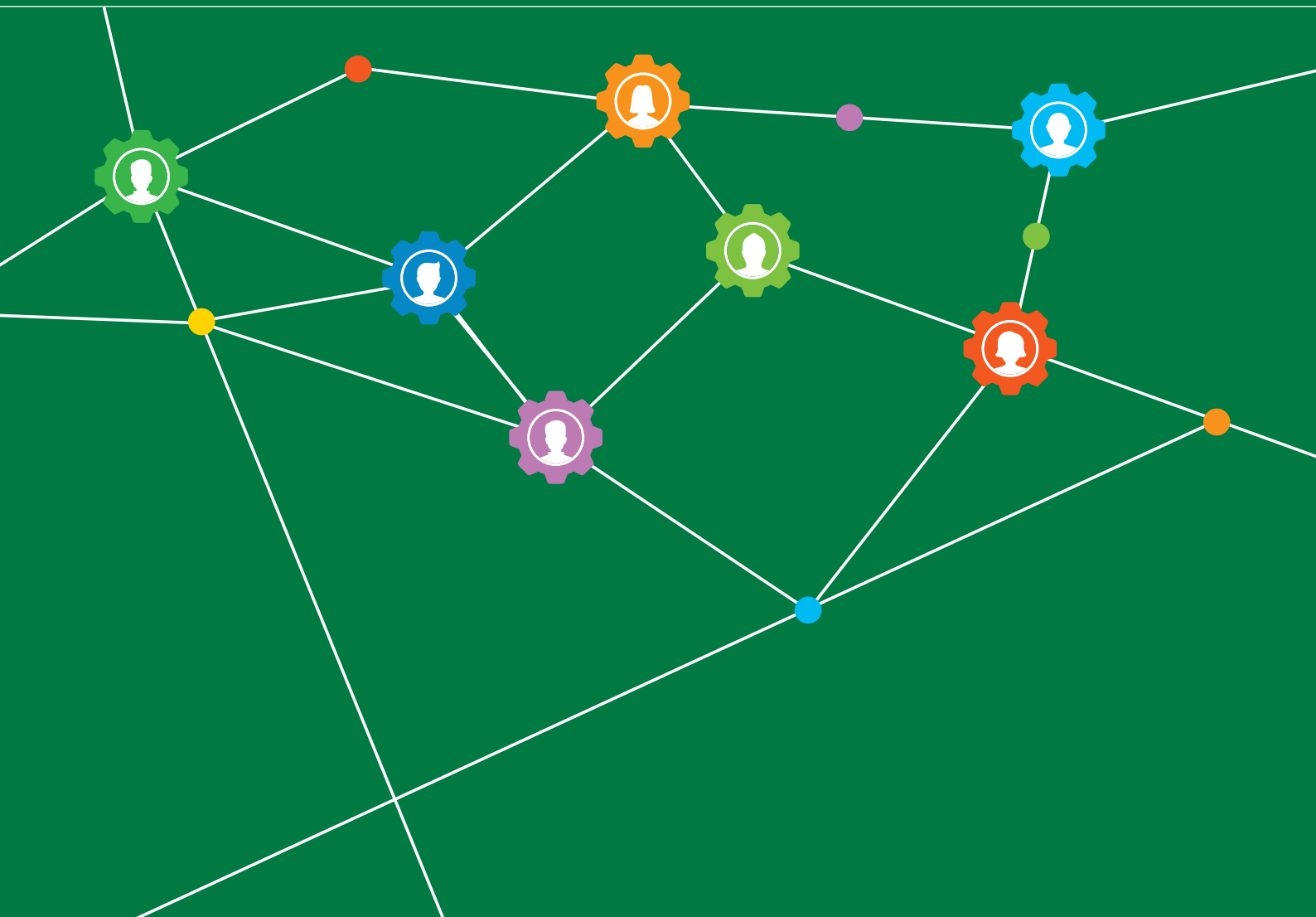
ANEXO XI-2. Resumen anual de actuaciones en IS (*)

COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA:				
CONSEJERÍA/DIRECCIÓN GENERAL/SUBDIRECCIÓN GENERAL/ÁREA-SERVICIO:				
TIPOLOGÍA DE PROGRAMAS O SERVICIOS DESARROLLADOS (poner una x donde proceda):				
Programas de relación social y ocio				<input type="checkbox"/>
Programas de formación (capacitación académica o pre ocupacional)				<input type="checkbox"/>
Programas de inserción laboral				<input type="checkbox"/>
Programas o recursos de apoyo residencial				<input type="checkbox"/>
Otra categoría de programas (detallar):				<input type="checkbox"/>
Solo PPIS (en el caso de los CAA)				<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PROGRAMAS O SERVICIOS DESARROLLADOS, SEGÚN TIPOLOGÍA				
Número de programas/servicios de relación social y ocio:				
Número de programas/servicios de formación:				
Número de programas/servicios de inserción laboral:				
Número de programas/recursos de apoyo residencial:				
Número de programas incluidos en otras categorías:				
Número de PPIS desarrollados:				
POBLACIÓN BENEFICIARIA DE LOS PROGRAMAS O SERVICIOS A LO LARGO DEL AÑO: Hombres-H, Mujeres-M, Personas no binarias-PNB, No consta sexo (desconocido)-DESC				
	H	M	PNB	DESC.
Programas/servicios de relación social y ocio				
Programas/servicios de formación				
Programas/servicios de inserción laboral				
Programas/recursos de apoyo residencial				
Otras categorías de programas				
PPIS desarrollados				

(*) Los datos a incluir en el resumen anual harán referencia a las actuaciones realizadas en materia de IS a lo largo del período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los respectivos años.



BLOQUE 4. CRITERIOS BÁSICOS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN INCORPORACIÓN SOCIAL



11. CRITERIOS BÁSICOS DE CALIDAD EN INCORPORACIÓN SOCIAL

En base a ciertas experiencias promovidas para el establecimiento de criterios de calidad en el ámbito de los programas de reducción de la demanda de drogas (Sánchez et al., 2014), se describen a continuación una serie de criterios de calidad que deberían cumplir todos los programas e intervenciones a desarrollar en el ámbito de la IS de las personas con trastornos adictivos. Algunos de estos criterios son comunes para el conjunto de programas e intervenciones de carácter social, mientras que otros son aplicables, específicamente, a las intervenciones y programas en materia de IS.

Los criterios de calidad que se describen a continuación serían de aplicación tanto para los programas y servicios promovidos por las administraciones públicas y entidades sociales, como para las intervenciones desarrolladas en el marco de los PPIS.

Para facilitar su presentación estos criterios se han agrupado por ámbitos y/o categorías:

Principios éticos y reconocimiento de derechos

1. Se garantiza la protección de los derechos de todas las personas beneficiarias de los servicios, programas e intervenciones, en particular el derecho a la autonomía (incluyendo su capacidad para decidir si participan o no en los programas e intervenciones propuestas), la igualdad de oportunidades y de trato, la confidencialidad y la protección de los datos de carácter personal.
2. Se garantiza el derecho a la información acerca del conjunto de servicios, programas y prestaciones disponibles en los diferentes sistemas de protección social para la cobertura de las necesidades de la población objeto de intervención.
3. Los servicios ofertados y las intervenciones a realizar se adaptan a las necesidades de la población beneficiaria de las mismas.
4. Los datos de la población beneficiaria son tratados confidencialmente y se solicita el consentimiento informado para su cesión a otros profesionales y servicios implicados en el desarrollo de las actuaciones de apoyo a la IS.
5. Existen mecanismos y procedimientos que facilitan la participación de la población beneficiaria en todas las fases de la intervención (evaluación de necesidades y recursos, diagnóstico de situación y diseño, implementación y evaluación de las intervenciones y programas).
6. El personal técnico responsable del diseño y ejecución de las intervenciones mantiene una actitud respetuosa, empática, de apoyo y acompañamiento con las personas con las que interviene, evitando realizar juicios o valoraciones morales sobre sus opiniones, actitudes y conductas.

Recursos personales

7. Se dispone de un número suficiente de profesionales para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.
8. El personal responsable del desarrollo de las intervenciones y de la gestión del programa o servicio dispone de formación y experiencia acreditada en materia de IS.

Mecanismos de colaboración y coordinación interinstitucional

9. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en planes o programas de IS o que apoyan su desarrollo.
10. Se promueve la creación de redes sociales o alianzas para apoyar el desarrollo de los planes, programas o intervenciones de apoyo a la IS.

11. El equipo técnico responsable del desarrollo de los planes, programas o intervenciones participa en estructuras de coordinación y cooperación generales existentes en el territorio donde se implementan los mismos.
12. Los planes, programas o intervenciones de apoyo a la IS propician el uso de recursos de carácter generalista.
13. Se contemplan procedimientos de derivación a otros recursos o servicios comunitarios para la atención de las necesidades de su población beneficiaria.

Accesibilidad

14. El proceso de acogida/admisión de la población beneficiaria tiene por objetivo reforzar la motivación de la persona para el cambio, conocer sus expectativas acerca del proceso de IS e informar de los servicios ofertados y sus derechos.
15. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa/servicio y se implementan estrategias para favorecer la participación de las mujeres en los planes, programas y servicios de IS.

Aspectos organizativos

16. Las instituciones y entidades promotoras de las intervenciones de apoyo a la IS han implantado la gestión por procesos, identificando cómo se ordenan los mismos para asegurar la calidad y el logro de los objetivos previstos y los procedimientos y métodos a seguir para implementar los distintos procesos.
17. Se dispone de un plan para evaluar las intervenciones realizadas en el que se establece, entre otros elementos, el contenido de la evaluación y los procedimientos, instrumentos e indicadores a utilizar en la misma.
18. El plan de evaluación contempla la participación de la población beneficiaria en la evaluación del proceso y de los resultados de las intervenciones a desarrollar.
19. El plan de evaluación contempla la evaluación de la satisfacción de la población beneficiaria con la atención recibida y los logros alcanzados.

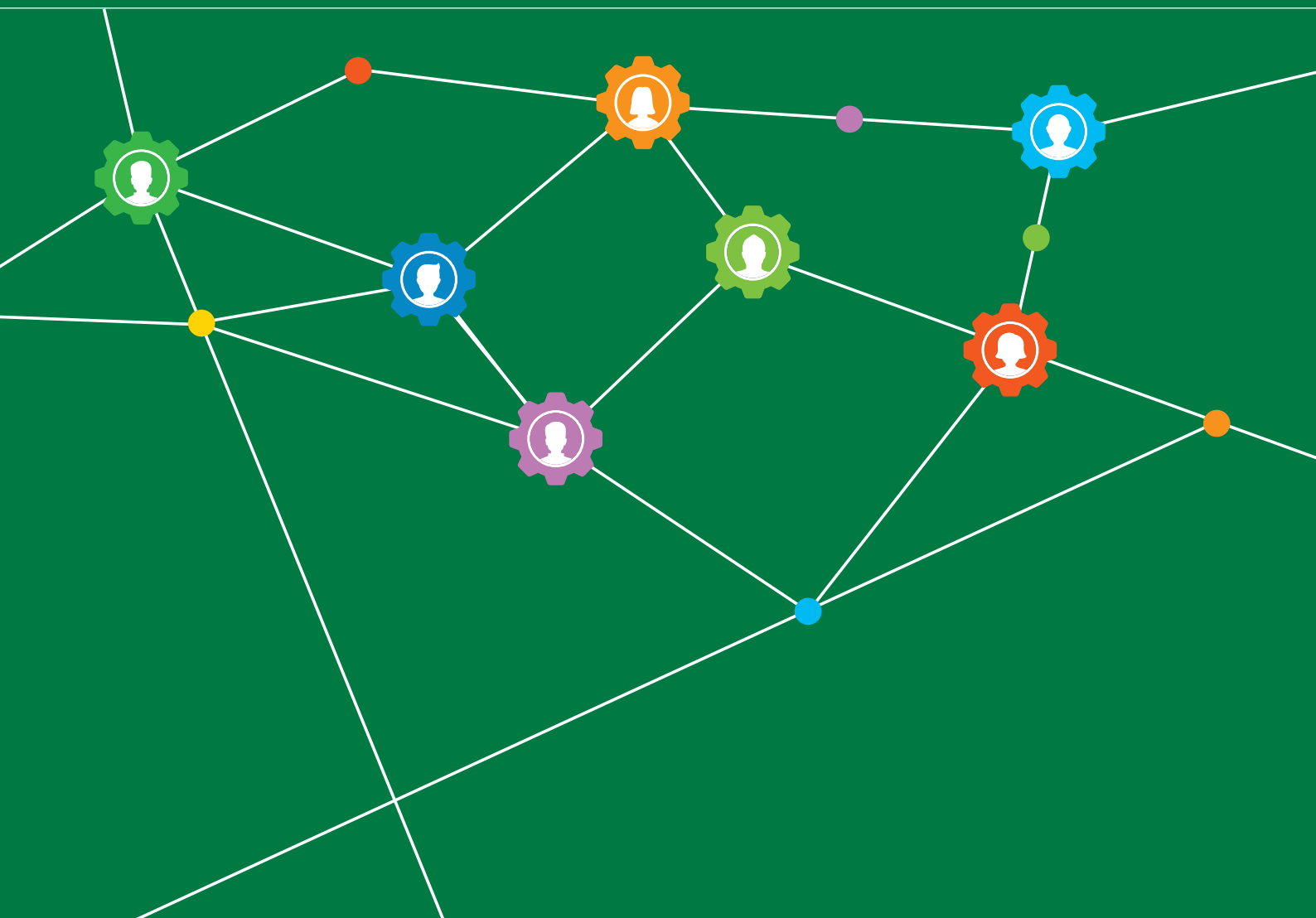
Aspectos relativos al diseño de los objetivos y las intervenciones

20. Se evalúan de forma sistemática las necesidades en materia de IS que presenta habitualmente la población potencialmente beneficiaria de las intervenciones.
21. Se ha analizado la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria de las intervenciones de apoyo a la IS, en particular de las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se desarrollarán las intervenciones hacia las personas con TUS y las medidas para apoyar su IS.
22. Se han identificado los recursos existentes en la comunidad destinados a apoyar los procesos de IS de colectivos y personas en situación o riesgo de exclusión.
23. Se utiliza un enfoque centrado en la persona en la recogida de información sobre sus aspiraciones, intereses y capacidades.
24. Se han establecido mecanismos y procedimientos que aseguren la disponibilidad de un diagnóstico en materia de IS.
25. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico de IS se realiza a través de instrumentos estandarizados.
26. Los objetivos que se pretenden alcanzar están formulados de manera clara y precisa para permitir su evaluación mediante el uso de indicadores.

27. Los objetivos de los PPIS son realistas y tienen en cuenta, tanto los recursos y las limitaciones de la población beneficiaria, como las dificultades existentes en el entorno en el que se desarrollarán las intervenciones.
28. Los planes y programas incluyen estrategias de intervención amplias, destinadas a incidir en las diferentes dimensiones o ámbitos que condicionan los procesos de IS de la población con TUS.
29. Las intervenciones propuestas son coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de IS.
30. Se oferta a todas las personas beneficiarias de las intervenciones, cuya valoración diagnóstica revele la existencia de dificultades graves en materia de IS, el diseño de un PPIS, complementario a los planes de tratamiento en que los que las personas con TUS pudieran estar participando.
31. Los contenidos de los PPIS son flexibles, dependiendo de la situación de partida de la persona (sus problemas y estado de salud), su actitud y compromiso para el cambio, sus recursos, capacidades, habilidades personales y de las redes sociales y familiares de apoyo de las que disponga.
32. Los contenidos de los PPIS son elaborados, negociados y consensuados con las personas objeto de intervención.
33. Los PPIS identifican todas las actividades que está previsto llevar a cabo, estableciendo de forma precisa las entidades o profesionales responsables de ejecutar las mismas, su secuencia y el cronograma para su implementación.
34. Cuando en la ejecución del PPIS participan distintos profesionales, recursos e instituciones se establece qué institución o profesional asumirá el seguimiento del proceso de IS en las diferentes fases de la intervención (identificación del profesional que actuará como profesional de referencia o que asumirá la tutoría del proceso de IS).
35. En el supuesto de que la persona beneficiaria del PPIS esté recibiendo tratamiento por problemas de adicción a las drogas, se establecen procedimientos para coordinar las intervenciones a desarrollar con cada sujeto y realizar el seguimiento de su evolución.

Sistemas de información, evaluación y documentación

36. Existe un registro de las personas beneficiarias de los planes, programas, servicios e intervenciones de apoyo a la IS.
37. Se monitorizan y registran todas las actuaciones desarrolladas en el marco de los PPIS.
38. Los sistemas de información y registro de los planes, programas o servicios permiten obtener información desagregada por sexo, edad y otras variables relevantes que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de sus poblaciones beneficiarias, así como de los efectos derivados de la participación en los mismos.
39. Se registra la situación que la población beneficiaria de los planes, programas o servicios presenta de forma previa y posterior a su participación en los mismos, a fin de facilitar la evaluación de sus resultados.
40. Se contempla la colaboración con los sistemas de información locales, autonómicos o nacionales, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados y la cesión de los datos recopilados a "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación.
41. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones de apoyo a la IS.
42. Existen manuales y documentación de apoyo para facilitar la implementación de las intervenciones y servicios.
43. Se contempla la evaluación externa de resultados.



12. INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

12.1. La importancia de promover la investigación relacionada con los procesos de exclusión e incorporación social

La mejora del conocimiento en torno a los procesos de exclusión social y de IS es sin duda uno de los principales retos que deben afrontar, tanto el conjunto de profesionales que trabajan en el ámbito de la IS, como las personas responsables de diseñar las políticas y estrategias para prevenir la exclusión social y favorecer la IS. Son necesidades de conocimiento que se centran, fundamentalmente, en dos ámbitos:

- a. La identificación de los factores asociados a las situaciones de vulnerabilidad y de riesgo y/o exclusión social y la dinámica de los mismos.

La compleja naturaleza de los procesos de exclusión e IS justifica la necesidad de seguir profundizando en la identificación de las variables o factores asociados a la exclusión social y en cómo interactúan los mismos. Además, es importante conocer la influencia diferencial que ciertos factores, como, por ejemplo, el estigma, ejercen sobre determinados colectivos, como la población con trastornos adictivos, o si los factores asociados a la exclusión difieren o no en función del género. Resulta también conveniente seguir profundizando en los efectos o consecuencias que los procesos de exclusión tienen sobre diferentes colectivos o grupos de personas.

- b. La identificación de las intervenciones que han demostrado su efectividad para prevenir situaciones de exclusión social y/o para facilitar la IS en diferentes poblaciones.

La promoción de intervenciones con base en la evidencia constituye el paradigma de las ciencias sociales y de la salud. Una apuesta que se resume en la necesidad de tomar decisiones en base a las mejores pruebas científicas disponibles, obtenidas mediante procesos de investigación metodológicamente rigurosos. Pese a ello son muy reducidas las investigaciones que analizan la efectividad de los diferentes programas y servicios de apoyo a la IS.

Para identificar qué estrategia, programa o servicio resulta adecuado para favorecer la IS de determinadas personas o colectivos, es imprescindible evaluar de forma rigurosa los resultados de las intervenciones desarrolladas.

Con el fin de disponer de una base empírica acerca de la efectividad de las diferentes estrategias a implementar en materia de IS resulta perentorio promover investigaciones que evalúen de modo sistemático los resultados de los programas y servicios desarrollados hasta la fecha. Para ello es esencial que las intervenciones objeto de evaluación tengan un diseño lógico (que dispongan de un modelo de referencia identificado, con objetivos evaluables mediante el uso de indicadores, que las actuaciones previstas sean coherentes con los objetivos, etc.) y que el diseño de la evaluación incluya mediciones previas y posteriores a la intervención y, cuando sea posible, el uso de grupos de control.

12.2. Vías de financiación de investigaciones y estudios en el ámbito de la incorporación social en adicciones

Con carácter anual la Secretaría de Estado de Sanidad (Ministerio de Sanidad) realiza distintas convocatorias para la concesión de ayudas económicas para facilitar la realización de distintas actuaciones en materia de adicciones, entre las que se incluyen la realización de investigaciones y estudios en materia de IS.

- a. Convocatoria para la concesión de ayudas económicas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones realizados por entidades públicas o privadas sin fines de lucro, en régimen de concurrencia competitiva, de acuerdo con lo establecido en la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027, en la Acción Estratégica en Salud del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023 y en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.**

Los proyectos a financiar en el marco de esta convocatoria deben contener objetivos que se encuadren en alguna de las áreas de actuación previstas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, entre las que se incluye la IS. Asimismo, los proyectos susceptibles de recibir financiación deberán integrarse en alguna de las siguientes áreas de investigación: básica, clínica, social, epidemiológica, de salud pública o servicios de salud.

Podrán beneficiarse de estas ayudas los centros españoles de I+D públicos o privados, con los que los servicios de IS pueden establecer alianzas para tener la posibilidad de realizar investigación en esta área.

La última convocatoria realizada (Resolución de 26 de mayo de 2023 de la Secretaría de Estado de Sanidad) establecía, entre sus líneas de actuación prioritaria, la evaluación de políticas, intervenciones y programas de prevención, de asistencia y de IS en el ámbito de alcohol, las drogas ilegales, los fármacos con potencial de abuso y las adicciones comportamentales.

- b. Convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones.**

Las ayudas objeto de la convocatoria están destinadas a financiar programas que se adecúen a las áreas de actuación y objetivos estratégicos de la ENA 2017-2024 y, en su caso, a las acciones previstas en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024.

Entre las prioridades incluidas en la última convocatoria (Resolución de 3 de julio de 2023 de la Secretaría de Estado de Sanidad) se incluyen la implementación de programas de IS (relación social, incorporación laboral, formación ocupacional y apoyo residencial) para personas con problemas de adicciones y la evaluación interna y externa de la efectividad del programa para el que se solicita la ayuda.

- c. Convocatoria de subvenciones para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales ("Subvenciones del 0,7%").**

Por su parte, la Secretaría de Estado de Derechos Sociales (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030) realiza anualmente una convocatoria de subvenciones para la realización de actividades consideradas de interés social, destinada a entidades u organizaciones del Tercer Sector de Acción Social.

En la última convocatoria (Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales) se incluían distintos programas considerados de interés social, entre los que cabe mencionar:

1. Programas estatales orientados a la generación de conocimiento y buenas prácticas en el ámbito de la atención a las personas con necesidades de atención integral sociosanitaria.

Entre otros, se da prioridad a los programas de generación de conocimiento y buenas prácticas en el ámbito de la atención sociosanitaria, la promoción de la salud, la autonomía personal, la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, de las personas vulnerables a la infección y con VIH y otras Infecciones de transmisión sexual, de las personas con problemas de adicciones y de las personas en situación de exclusión residencial.

2. Programas plurirregionales cofinanciados con el Fondo Social Europeo y/o Fondo Social Europeo Plus para la lucha contra la discriminación, el fomento de la educación y el empleo y la inclusión social de grupos de población en situación de vulnerabilidad.

Dentro de esta categoría de programas se da prioridad a los programas dirigidos al fomento de la educación, del empleo y de la inclusión social de las personas en situación de exclusión y a los programas de inserción sociolaboral de personas con problemas de adicciones que se encuentren en tratamiento o rehabilitación.

3. Programas orientados a la generación de conocimiento y buenas prácticas para la mejor atención a personas con necesidades educativas o de inserción laboral.

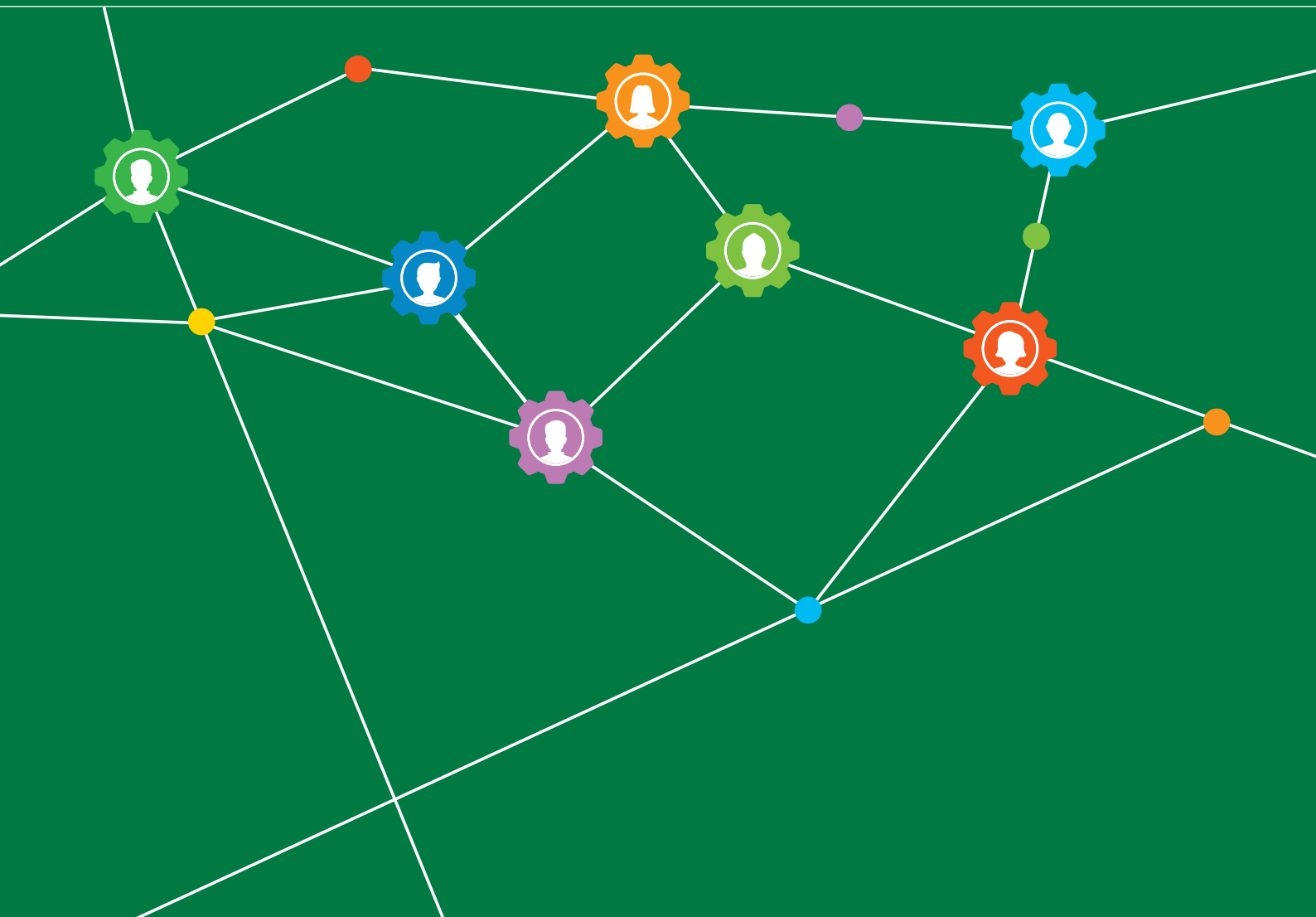
En esta categoría tienen prioridad, entre otros, los programas dirigidos a mejorar el conocimiento, las buenas prácticas y desarrollo de nuevas metodologías que faciliten la inserción sociolaboral de personas con problemas de adicciones que se encuentren en tratamiento o rehabilitación.

d. Convenios entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y las Comunidades / Ciudades Autónomas con cargo al Fondo de Bienes Decomisados

Con la finalidad de intensificar las actuaciones de prevención, asistencia e incorporación social y laboral, las Comunidades y Ciudades Autónomas pueden solicitar financiación a la DGPNSD, formalizando el correspondiente Convenio anual con cargo al Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados (regulado por la Ley 17/2003 de 29 de mayo).

Una de las líneas prioritarias de financiación por esta vía es la de **mejora y extensión de los programas de IS con especial atención a las necesidades de las mujeres**, atendiendo así a lo establecido en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 para esta área.

En este marco, se pueden presentar proyectos orientados a mejorar la situación actual en relación con la falta de evidencias de efectividad, las carencias teóricas y metodológicas, y la necesidad de instaurar sistemas de información para el diseño, implementación y evaluación de los programas de IS.



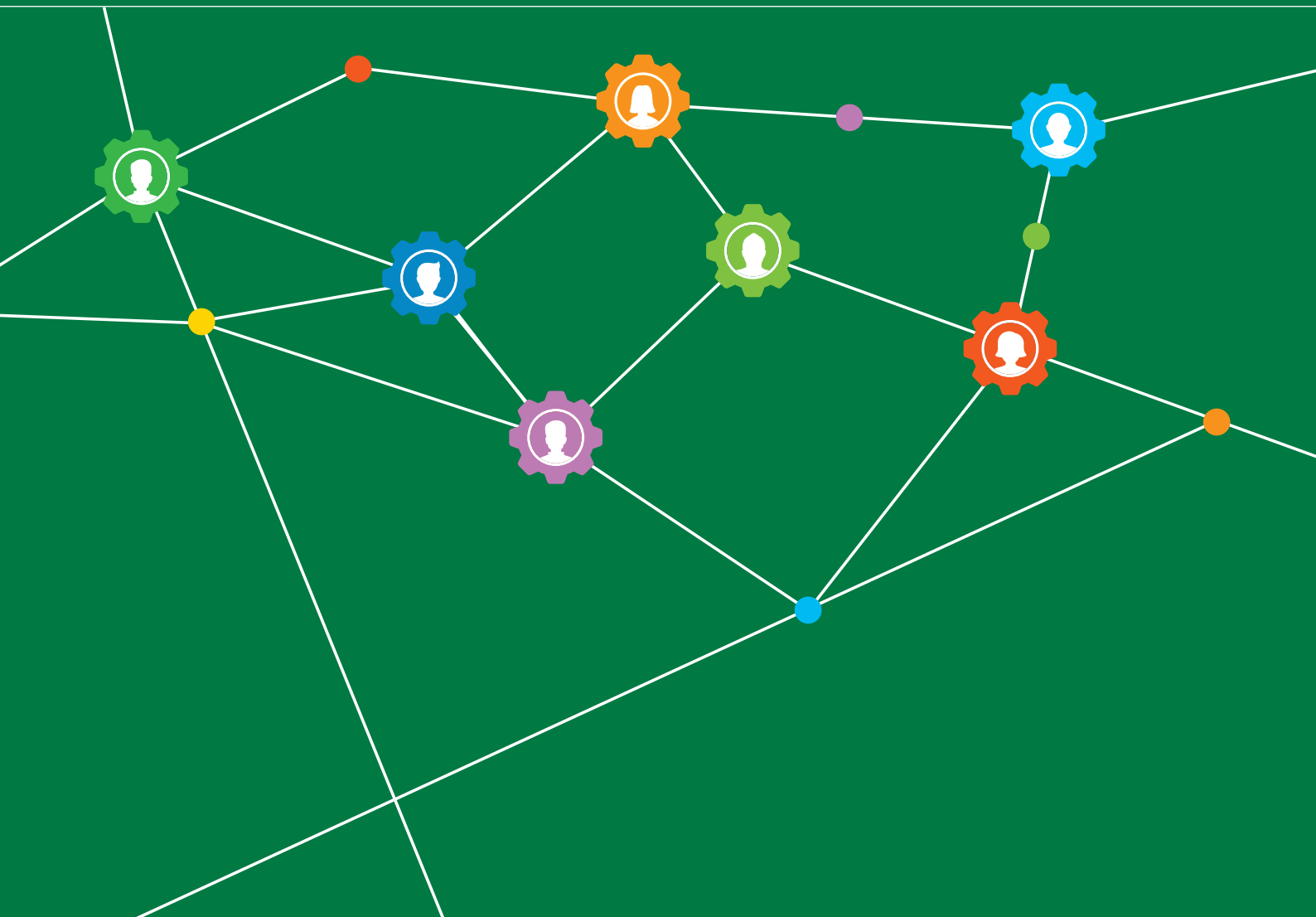
13. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- Age UK.(2010). Technology and Older People Evidence Review. Age UK, London.
- Barnes, M., Blom, A., Cox, K., Lessof, C. (2006). The Social Exclusion of Older People: Evidence from the First Wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Bauman, Z. (2007) *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*, Ed. Tusquets, Barcelona.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol. Bull.* 117, 497–529.
- Becker, E. and Boreham, R. (2009). *Understanding the Risks of Social Exclusion Across the Life Course: Older Age*. Cabinet Office, London.
- Bermejo, J.C. (2019). *Humanizar el cuidado: atención centrada en la persona*. Madrid, España: PPC.
- Bradshaw, J., Kemp, P., Baldwin, S., Rowe, A. (2004). *The Drivers of Social Exclusion: A Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle Series*. Office of the Deputy Prime Minister, London.
- Broyles, L.M., Binswanger, I.A, Jenkins, J.A., et al. (2014). *Confronting Inadvertent Stigma and Pejorative Language in Addiction Scholarship: A Recognition and Response*. Taylor & Francis.
- Cacioppo, J.T., and Patrick, W. (2008). *Loneliness*. New York: W.W. Norton and Company.
- Cambriles M., Marco A., Martínez I., et al. (2007). *Diagnóstico y autodiagnóstico de barreras de género. Posicionamiento de la mujer ante el empleo*. Sevilla, España: Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental C.O.P.A.O.
- Carr, S. (2012). *Personalisation: a rough guide*. Serie: Adults' Services Scie Guide, nº 47. Londres, Social Care Institute for Excellence.
- Castel, R. (2004). *Encuadre de la Exclusión*. En S. Karsz (Coord.), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.
- Cheetham, A., Picco, L., Barnett, A., Lubman, D.I., Nielsen S. (2022). The Impact of Stigma on People with Opioid Use Disorder, Opioid Treatment, and Policy. *Subst Abuse Rehabil.* 2022;13:1-12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S304566>
- CICAD (2011). *Integración social drogas*. Secretaría Ejecutiva de la CICAD. CICAD/INF.3/11 26 abril 2011.
- Comisión Europea (2010). *Europa 2020: Estrategia de la Unión Europea para el crecimiento y la ocupación*. Comunicación de la Comisión Europea: Bruselas. Disponible en: EUR-Lex-52010DC2020-EN-EUR-Lex (europa.eu)
- COPOLAD (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Bruselas, Bélgica: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas.
- Cruz, F. et al. (2005). *Documento Marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid: Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente.
- Damonti, P. (2014). *Una mirada de género a la exclusión social. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Serie: Documento de Trabajo, nº 3.1, Madrid, Fundación FOESSA, Cáritas Española Editores.
- Dingwall, Ch., Kemp, K., Fowke, B. (2006). *Creating a good life in Community: A guide on person directed planning*. Ontario Ministry of Community and Social Services.
- Earnshaw, V.A., Bergman, B.G., Kelly, J.F. (2019). Whether, when, and to whom?: an investigation of comfort with disclosing alcohol and other drug histories in a nationally representative sample of recovering persons. *J Subst Abuse Treat*; 101: 29– 37.
- Eisenberger, N.I. (2012). Broken hearts and broken bones: a neural perspective on the similarities between social and physical pain. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 21:42–47.
- EMCDDA (2022). *Homelessness and drugs: health and social responses*. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- European Anti Poverty Network España (2010). Guía metodológica de la participación social de las personas en situación de pobreza y exclusión social. Madrid, European Anti Poverty Network España.
- Eyben R. (2004). Inequality as Process and Experience. In Eyben R., & Lovett J., Political and Social Inequality: A Review (IDS Development Bibliography 20). Brighton: Institute of Development Studies.
- Fitzpatrick, S. Johnsen, S., White, M. (2011). Multiple exclusion homelessness in the UK: key patterns and intersections. *Social Policy Society*;10(4):501–12.
- Funes, J. et al. (1995), La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Ed. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Pamplona/Vitoria
- Gabriel, S. (2021). Reflections on the 25th anniversary of Baumeister and Leary's seminal paper on the need to belong. *Self Identity*. 20, 1–5. doi: 10.1080/15298868.2020.1850518.
- Gómez, M. (coord.), El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Nuevas reflexiones. Pamplona, Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016.
- Harris, J. & McElrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qual Health Res*; 22(6):810–824. doi:10.1177/1049732311432718.
- Kennedy-Hendricks, A., et al. (2017). Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: associations with public support for punitive and public health-oriented policies. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 462– 469.
- Khenti, A., Bobbili, S.J., Sapag, J.C. (2019). Evaluation of a Pilot Intervention to Reduce Mental Health and Addiction Stigma in Primary Care Settings. *J Community Health*. Dec;44(6):1204-1213. doi: 10.1007/s10900-019-00706-w.
- Knaak, S.M., Christie, R., Stuart, H. (2019). Stigma and the Opioid Crisis: Final Report. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada.
- Kneale, D. (2012). Is Social Exclusion Still Important for Older People? The International Longevity Centre – UK, London.
- Kurzban, R., & Leary M.R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol. Bull.* 127, 187–208. 10.1037/0033-2909.127.2.187
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. and Patsios, D. (2007). The Multi-dimensional Analysis of Social Exclusion. Department of Sociology and School for Social Policy, Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol, Bristol, UK.
- Lieberman, M.D. (2013). *Social: Why Our Brains Are Wired to Connect*. New York, NY: Crown Publishers.
- Livingston, J.D. (2020). *Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues*. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada.
- Lloyd, C. (2010). *Sinning and Sinned Against: The Stigmatisation of Problem Drug Users*. London: UK Drug Policy Commission.
- Macleod, C., Ross, A., Sacker, A., Netuveli, G., Windle, G. (2019). Re-thinking social exclusion in later life: A case for a new framework for measurement. *Ageing and Society*, 39(1), 74-111. doi:10.1017/S0144686X17000794.
- Malgesini, G. y García, M. (2000). Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2019). *Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023*: Madrid. Disponible en: [Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023 \(mdsocialesa2030.gob.es\)](https://estrategia.nacionaldeprevencionyluchacontrapobreza.gob.es/)
- Mutilva, B. (2012) El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Red de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social.

- Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K., et al. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med.*;17(1):25. doi:10.1186/s12916-019-1256-2.
- Popay, J. (2010). Understanding and tackling social exclusion [editorial]. *J Res Nurs* 15(4):295–297.
- Reinhard, M.A., Dewald-Kaufmann, J., Wüstenberg, T., et al. (2020). The vicious circle of social exclusion and psychopathology: a systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 270, 521–532.
- Riva, P., Montali, L., Wirth, J.H., Curioni, S., Williams, K.D. (2017). Chronic social exclusion and evidence for the resignation stage: an empirical investigation. *J. Soc. Pers. Relat.* 34, 541–564. doi: 10.1177/0265407516644348.
- Rossler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBOreports* Vol17, nº 9: 1250-1253.
- Sánchez, L. (2007). Modelo de gestión de los procesos de integración sociolaboral de la población drogodependiente en Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León
- Sánchez, L. (2022). Revisión de la situación actual de las evidencias disponibles, las políticas y los programas de incorporación social de adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sánchez, L., Alonso, C., Martínez, F., Pereiro, C. y grupo de trabajo COPOLAD para la identificación de criterios de acreditación (2014). Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE): Madrid.
- Santos da Silveira, P., Andrade de Tostes, J.G., Wan, H.T., Ronzani, T.M., Corrigan, P.W. (2018). The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. In: Ronzani, T. (eds) *Drugs and Social Context*. Springer, Cham.
- Scharf, T., Phillipson, C., Smith, A.E. (2005). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *European Journal of Ageing*, 2, 2, 76–87.
- SCIE (2013). Co-production in social care: what it is and how to do it. Serie: Adults' Services Scie Guide, nº 51. Londres, Social Care Institute for Excellence.
- Sen, A. (2000). Social exclusion: Concept, application and scrutiny. Manila, Filipinas: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2011). Tendencias, innovaciones y buenas prácticas internacionales en el ámbito del voluntariado. Donostia-San Sebastián, Fundación Eguía-Careaga.
- Social Care Institute for Excellence (2013). Co-production in social care: what it is and how to do it. Serie: Adults' Services Scie Guide, nº 51. Londres, Social Care Institute for Excellence.
- Stone, E.M., Kennedy-Hendricks, A., Barry, C.L., et al. (2021). The role of stigma in US primary care physicians' treatment of opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2021;221:108627.
- Subirats, J. et al. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Subirats, J., Gomá, R., Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Treatment Improvement Protocol Series 57; HHS Publication No. [SMA] 14-4816). Rockville, MD.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication no. PEP19–5068, NSDUH Series H-54). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. New York: Oxford University Press.

- Tezanos, J.F. (2001). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis, en J.F. Tezanos (Ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid, Editorial Sistema, 11-53.
- Van Boekel L.C., Brouwers E.P.M., Van Weeghel J., Garretsen H.F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for health-care delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*; 131: 23– 35.
- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2013). *Model qualitat de vida. Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya*. Barcelona, Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya.
- Walsh, K., O'Shea, E., Scharf, T. (2012). *Social Exclusion and Ageing in Diverse Rural Communities: Findings of a Cross-border Study on Ireland and Northern Ireland*. Irish Centre for Social Gerontology, National University of Ireland, Galway, Ireland.
- Walsh, K., Scharf, T., Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14, 1: 81–98.
- Wesselmann, E.D. & Parris, L. (2021). Exploring the Links Between Social Exclusion and Substance Use, Misuse, and Addiction. *Front Psychol.* 2021 Jun 18;12:674743. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674743. PMID: 34220643; PMCID: PMC8249696.
- Williams, K.D. (2009). "Ostracism: effects of being excluded and ignored," in *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 41, ed M. P. Zanna (New York, NY: Academic Press), 275–314.



14. ACRÓNIMOS

CC.AA	Comunidades Autónomas
CAA	Centros de Atención a las Adicciones
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
ENA	Estrategia Nacional sobre Adicciones
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
IS	Incorporación social
PPIS	Plan Personalizado de Incorporación Social
SIUSS	Sistema de Información de Usuarías/os de Servicios Sociales
TUS	Trastornos por Uso de Sustancias

MANUAL PARA EL ABORDAJE DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS