



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

COMPARACIÓN DE LAS BARRERAS PARA LA REINSERCIÓN LABORAL: *Personas drogodependientes y profesionales*

Autora

Laura Grande Torres

Directora

Amalia Raquel Pérez Nebra

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Curso 2023-2024

A mi hermano, Eneko, gracias por ser mi confidente y animarme siempre,
una parte de mi corazón siempre será tuya.

A mis padres, José y Blanca, por darme la vida y enseñarme a vivirla.

A mi madrina, Tesa, por ser siempre luz en mi camino,
eres una gran parte de este sueño.

A mi tía Belén, porque siempre hablábamos de este momento,
y aunque ya no estes con nosotros para verlo,
donde quiera que estés sé que lo estás celebrando.

A mí, por todo lo que he luchado para llegar hasta aquí.

RESUMEN

El trabajo es uno de los ejes necesarios para la reinserción socio-laboral. En el caso de las personas drogodependientes esta es una de las claves que se trabaja. Para alcanzar este objetivo, es necesario conocer cuáles son sus formas de actuar y las fases por las que pasan, hasta llegar a una recuperación distintos ámbitos de la vida. Este trabajo describe las barreras con las que se encuentran las personas drogodependientes en el proceso de reinserción socio-laboral, centrándonos en el modelo psicológico de atribución causal y modelo de cambio. Para lograr el objetivo se entrevistaron a cuatro profesionales y diecinueve usuarios respondieron al cuestionario abierto, pasando a exponer los resultados de estos, en unas tablas comparativas, que nos sirvieron para poder desarrollar una discusión de estos.

Términos clave: Drogas, Trabajo Social, Reinserción Laboral, Reinserción Social, Modelo de Cambio.

SUMMARY

Work is one of the necessary axes for socio-labor reintegration. In the case of drug addicts, this is one of the keys that is worked on. To achieve this goal, it is necessary to know what their ways of acting are and the phases they go through, until they reach a recovery in different areas of life. This paper describes the barriers encountered by drug addicts in the process of socio-occupational reintegration, focusing on the psychological model of causal attribution and model of change. To achieve the objective, four professionals were interviewed, and nineteen users responded to the open questionnaire, going on to present the results of these in comparative tables, which helped us to develop a discussion of these.

Key words: Drugs, Social Work, Job Reintegration, Social Reintegration, Transteoretical Model.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. DEFINICIÓN DE REINSERCIÓN SOCIAL.....	6
2.2. ASPECTOS QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA REINSERCIÓN SOCIAL	7
2.3. EL MODELO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE: UN MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO	7
2.4. TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN CAUSAL DE FRITZ HEIDER	12
2.5. TEORÍA DE LA DESCONEXIÓN MORAL DE ALBERT BANDURA	12
3. OBJETIVOS	15
3.1. OBJETIVO GENERAL	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1. PARTICIPANTES.....	16
4.2. INSTRUMENTOS.....	16
4.3. PROCEDIMIENTO	18
4.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	19
4.5. CUIDADOS ÉTICOS.....	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSIÓN	24
6.1. CONTRIBUCIONES DEL TRABAJO	27
6.2. LIMITACIONES DEL TRABAJO	28
6.3. AGENDA DE INVESTIGACIÓN	28
7. CONCLUSIONES	29
8. REFERENCIAS	30
9. ANEXOS	32
ANEXO A. PREGUNTAS ENTREVISTAS PROFESIONALES.....	32
ANEXO B. PREGUNTAS CUESTIONARIO	33
ANEXO C. TABLA COMPARATIVA ENTREVISTA PROFESIONALES	34
ANEXO D. TABLA COMPARATIVA CUESTIONARIOS	42
ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
ANEXO F. CRONOGRAMA	47

1. INTRODUCCIÓN

El problema de las adicciones sigue estando presente. Ha tenido cambios producidos por la sociedad y la globalización e infelizmente no para mejor. Cada día más personas son adictas, desde a drogas ilegales, hasta simplemente a la tecnología. Las personas adictas, en gran parte son adultos, que trabajan o que tienen potencial para trabajar. Para estar incluidos en la sociedad las personas tenemos que trabajar, así poder vivir. Entre otras cosas, por un lado, necesitamos dinero para poder cubrir nuestras necesidades, pero por otro, nos da sentido y significado para la vida.

La (re)inserción laboral es un vehículo que puede contribuir tanto para disminuir el consumo de drogas como para el incremento de la autonomía del individuo (Weller, 2007). Ofrece una independencia, y una estructura en su día a día, aunque no hay que olvidarse del resto de ámbitos de la vida, ya que, sin la inserción en todos ellos, el problema no está cubierto. Sin embargo, las barreras en el mundo del trabajo están presentes para todo el mundo, desde la edad, tanto si eres muy joven o eres demasiado mayor, también la falta de experiencia o la falta de formación, estos, y otros muchos motivos, nos dificultan la inserción laboral. Pero ¿qué pasa cuando, a causa de un tratamiento de desintoxicación, tienes que estar un tiempo sin poder trabajar o has sufrido un rechazo en este ámbito?

En esta investigación se va a trabajar este problema, las barreras con las que se encuentran las personas drogodependientes para la reinserción laboral, haciendo una comparación desde la visión de los profesionales y de las personas adictas, todo ello de la población del municipio de Zaragoza.

Es necesario estudiar este problema, ya que la intervención con este colectivo es muy peculiar y conlleva muchas recaídas. Además, se puede hipotetizar que las personas adictas perciban diferentes barreras comparadas a los profesionales, esta distancia entre percepciones y juicios puede llevar a que la intervención tenga menor efectividad, y que en muchos casos los usuarios dejen los tratamientos, y ese descompás es un problema.

Cuando una persona adicta comienza un tratamiento, se asume que quiere cambiar y así poder conseguir la reinserción, por eso se emplea en este trabajo el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982), que es un modelo de cambio de conducta de salud. Este modelo está compuesto de cinco pasos. Después de los primeros pasos, que son más psicológicos, y en ellos, se identifica cuales son los problemas, cuales son los motivos por los que se consume, y a quien se le atribuye la responsabilidad de ello, por lo que es importante trabajar con dos procesos psicológicos para la explicación de esto. Así, de manera complementaria, en esta investigación se trabaja con dos teorías psicológicas para comprender mecanismos por los cuales las personas pueden estar atrapadas en el desarrollo y su cambio de conducta, la Teoría de Atribución Causal de Fritz Heider, y la Teoría de la Desconexión Moral de Albert Bandura.

En cuanto a la atribución causal se necesita para poder identificar a quién el usuario atribuye el problema, porque si la persona no percibe que el problema es también de él, no se implicarán en el cambio. Por otro lado, la desconexión moral, porque en este caso ya saben que el problema es suyo, pero puede que intenten justificarlo, para reducir su responsabilidad. Describir estos mecanismos ayudará a comprender el fenómeno y qué les pasa y como profesionales de trabajo social, ayudarles a no atraparse.

2. MARCO TEÓRICO

Para el estudio comparativo de la percepción de las barreras para la reinserción laboral en personas drogodependientes, vamos a comenzar definiendo qué es la reinserción laboral. Una vez entendamos que es, se presentarán los aspectos que facilitan o dificultan esta reinserción, nos vamos a centrar en diferentes modelos y teorías psicológicas que nos ayudan a entender el proceso de reinserción, entre ellos vamos a usar el modelo de cambio, la teoría de la atribución causal y la de desconexión moral. Conocer el modelo de cambio y las etapas iniciales (atribución causal y desconexión moral) viabilizara la investigación comparativa, entendiendo teóricamente todo aquello que nos describen, tanto usuarios como profesionales.

2.1. DEFINICIÓN DE REINSERCIÓN SOCIAL

Es importante definir que es la reinserción social, ya que es el eje central de la investigación.

Según la Real Academia Española (2014, p.1), la reinserción se define como “Acción y efecto de reinsertar”. Mientras que social, se define como “Pertenciente o relativo a la sociedad” o también “Relativo a las clases sociales económicamente menos favorecidas” (Real Academia Española, s.f., p.1). A raíz de estas dos definiciones, podemos ver que la reinserción social sería como la manera de reinsertar en la sociedad a personas desfavorecidas.

Pérez Porto y Merino (2016) definieron la reinserción como la “acción de volver a formar parte de un conjunto o grupo que, por algún motivo, se había abandonado” (p.1). Por consiguiente, la reinserción social como “la idea de reinserción social hace mención a volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado” (Pérez Porto y Merino, 2016, p.1).

Uno de los problemas encontrados ha sido solo dar con definiciones de reinserción social desde la perspectiva de personas encarceladas. Dentro de la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes (2016, p.16) se define la reinserción social como “la restitución de pleno ejercicio de los derechos y libertades tras el cumplimiento de las medidas ejecutadas” (p.16).

Sin embargo, diversos autores indican que la definición de reinserción social, realizada por el ámbito jurídico, no ejemplifica totalmente el significado del término. Castellero Mimenza (2019), determina que la reinserción social se entiende como el “proceso mediante el cual un individuo que por algún motivo ha abandonado o sido privado de su libertad y de vinculación y participación para con la sociedad intenta volver a formar parte de la comunidad.” (p.1)

Como vemos en esta última definición, se dice que la persona “intenta volver a formar parte de la comunidad” (Castillero Mimenza, 2019, p.1), esto tiene fundamento en la psicología, por eso usamos las teorías y modelos psicológicos que hay a continuación.

Como vemos, la gran mayoría de definiciones que encontramos son del ámbito penitenciario, por lo que no se ha encontrado ninguna definición específica del ámbito de las drogas, la cual sería interesante tener, debido a que no es lo mismo trabajar con presos que con personas drogodependientes, aunque estos últimos también puedan ser presos. Para este trabajo se cree que la definición más adecuada es la que nos muestra el autor Castellero Mimenza.

2.2. ASPECTOS QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA REINSERCIÓN SOCIAL.

Cuando se habla de reinserción social de personas drogodependientes existen algunos aspectos que la facilitan o la dificultan. Según Castellero Mimenza (2019) algunos de los aspectos que lo facilitan podrían ser que el individuo tenga propia voluntad de cambio, ya que así es consciente de los actos y consecuencia de estos mismo. También que tenga nuevas metas y motivaciones personales, como, por ejemplo, conseguir trabajo, recuperar relaciones sociales, entre otras. O sea, esta primera etapa es fundamentalmente psicológica. Aunque no nos podemos olvidar del apoyo social, siempre que sea positivo y no perjudique este intento de cambio.

En cuanto a los elementos que pueden dificultar la reinserción encontramos, una ausencia de concienciación del problema que se tiene, además de falta de capacidad de autocrítica (que es más psicológica). La escasez de apoyo social, o un entorno que facilite el propio consumo, dificulta mucho esta reinserción (Castillero Mimenza, 2019).

Castillero Mimenza (2019) también aporta:

En el caso de sujetos consumidores, el tipo de sustancia y el tiempo de abstinencia son también elementos a considerar a la hora de tratar su reinserción a lo largo del tiempo. Por lo general esta puede tardar más en policonsumidores o dependientes a la heroína, mientras que los usuarios dependientes a drogas “blandas” tienden a ser reinsertables con mayor prontitud. Eso sí, siempre y cuando exista un compromiso con el cambio y un proceso terapéutico detrás. También el estado general de salud previo a la retirada o privación de libertad (p.1).

Esto es relevante tenerlo en cuenta, debido a que no solo depende de la intención de cambio del usuario, hay que tener en cuenta su entorno, estos aspectos que facilitan o dificultan la reinserción social. No es lo mismo que tu entorno sean personas también drogodependientes, o que, en cambio, sea un entorno sano y con los diferentes ámbitos cubiertos de manera significativa.

2.3. EL MODELO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE: UN MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

Teniendo en cuenta que en el caso de los usuarios los acompañen todos los factores que facilitan la reinserción, el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982, citado en, Alonso, 2012) sobre el cambio es uno de los más utilizados y conocidos.

Este es importante añadirlo, ya que nos ayuda a comprender por qué fases pasan las personas en procesos de cambio, como puede ser la deshabitación de la sustancia. El ámbito de las adicciones es uno de los que más recaídas contempla en sus pacientes, por lo que este modelo, nos ayuda a reconocer hasta qué fase han llegado, y los tiempos que pasan en cada uno de ellos. Después de una recaída, vuelven al primero, pero los tiempos pueden variar.

Estos autores describen un modelo procesual, de los “estadios del cambio”, siendo estos los representantes de cuándo cambian las personas. Cada persona es diferente, por lo que se debe tener en cuenta los elementos facilitadores y dificultadores del entorno, el momento en el que se encuentra, su situación económica, etc. Por este motivo, todas pasan por diferentes etapas, de diferente duración según la persona, pero que en todos los casos deben ser respetadas para favorecer el proceso (Alonso, 2012).

Este modelo intenta describir el proceso para solucionar el problema de la adicción, y cree que la intervención se debe centrar en: “conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161).

Para que este cambio sea exitoso, debemos identificar en qué etapa se encuentra cada persona, para poder proyectar un diferente proceso de cambio para cada uno de ellos. Cuando hablamos de estas etapas podemos ver que existen seis, precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Las dos primeras etapas son más psicológicas, actitudinales. La primera etapa, la precontemplación es una etapa donde el paciente no es consciente de su adicción negándola y rehusando de los diferentes tratamientos para el cambio. Es esta etapa es común abandonar, dado que entre el 40% y el 60% lo hacen, llegando incluso a ser hasta del 80% en los casos.

En la siguiente etapa, contemplación, los sujetos son conscientes del problema que tienen, y aceptan recibir información para tratar su problema y encontrar una solución. Pese a ello, no saben exactamente cuándo iniciar el proceso de cambio, dado que, dudan de los beneficios que puede tener sobre ellos.

Las demás etapas son conductuales. La preparación, es donde los sujetos están listos para la actuación, siguiendo el camino correcto para conseguir el objetivo final, pero que tienen dificultades operativas, no saben bien como empezar. La cuarta etapa, la acción, es la fase en la cual, los cambios que realiza el sujeto para conseguir el objetivo son más evidentes. La duración de esta es de aproximadamente seis meses.

El mantenimiento, es cuando las acciones se mantienen en el tiempo, la etapa dura otros seis meses igualmente. La finalización de esta etapa es mantener los cambios producidos en la etapa de la acción en el tiempo. Se consigue cambiar el estilo de vida y evitar las recaídas.

La finalización, la última etapa, es donde los sujetos no necesitan realizar procesos de cambio para no volver a caer en los problemas anteriores. Son conscientes de ellos, y no tienen tentaciones de volver (Alonso, 2012).



Figura 1: Alonso, A., 2012. Estadios del cambio. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/>

Se debe tener en cuenta, que muchos de los sujetos que intentan cambiar un problema, en este caso el consumo de drogas, recaen mínimo una vez en el proceso, volviendo la mayoría a comenzar desde la etapa de contemplación o preparación, para a continuación pasar a la acción. Por este motivo, se dice que estos procesos no son lineales, sino que uno en forma de espiral (Figura 1) (Alonso, 2012).

“Las recaídas, o los procesos de recaída, constituyen un reto asistencial continuo o ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan.” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161). Estas recaídas no las podemos considerar como atípicas, solo en caso de que sean con frecuencia los fracasos en el incumplimiento de la conducta (Sánchez Hervás et al. 2004). Debemos destacar que estos procesos son momentos de confusión por parte del propio adicto, porque en ocasiones se debe a situaciones “qué le sobrepasan y que escapan de su propio control” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.162). Esto hace que sientan frustración y haya un desespero general en su entorno, desde su familia, hasta en los propios profesionales que trabajan con él. (Sánchez Hervás et al. 2004).

Sánchez Hervás et al. (2004) incluyen que:

Las recaídas en el consumo de drogas no pueden entenderse sin una aproximación al concepto de craving. En sus primeras concepciones el craving por el consumo hacía referencia al deseo irrefrenable por el consumo o ansia de la droga. Representaría un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, como comer, bailar o sexo. La realización del deseo se alcanzaría con la consumación, el medio de conseguirlo sería el acto consumatorio. El impulso se conceptualiza como la consecuencia instrumental del craving, la intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica. Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegan a ser «autónomos», es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad. Dadas estas características, el abordaje del craving resulta fundamental en el tratamiento de las personas con problemas de dependencia a drogas. (p.162)

Rivera-Cisneros (2017), destaca que,

El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta (p.1).

Hay muchos de los usuarios que se encuentran desmoralizados debido a estas recaídas, debido a que no confían en su capacidad de cambio. Cuando esto ocurre se debe trabajar inmediatamente en “que desciendan a un estadio de cambio anterior” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161). Les falta percepción de autoeficacia.

Para poder prevenir esto podemos contar con la variable motivación. “La falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad del adicto, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161).

Sánchez Hervás et al. (2004) desarrollaron que:

La variable motivación se incluye en el modelo a partir de la operativización realizada por Janis y Mann de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios (pros) y costes (contras), para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales para abandonar la conducta adictiva (balance decisional). La estrategia de balance decisional ha demostrado ser un predictor significativo del movimiento de los adictos situados en los estadios de precontemplación y contemplación. (p.161)

En los estadios de precontemplación y contemplación es donde tienen una gran importancia estos pros y contras. Tal y como los usuarios avanzan de la precontemplación a estadios más avanzados, se va reduciendo la diferencia entre pros y contras, hasta el punto donde se acaban invirtiendo. (Sánchez Hervás et al. 2004).

“Durante el estado de actuación los pros van perdiendo importancia. La importancia de los contras aumenta durante la contemplación, hasta el punto que se iguala con los pros” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161).

Para entonces, “la toma de decisiones está en equilibrio” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161), esto hace que disminuya la probabilidad de que haya un movimiento en cualquier sentido. Mientras sucede la actuación, “los contras se mantienen más altos que los pros” (Sánchez Hervás et al. 2004, p.161).

Prochaska y Diclemente (1984), a raíz de la misma línea, de que los procesos psicológicos tienen un recorrido, también desarrollaron los “procesos del cambio”, es decir, una propuesta de cómo cambian las personas. Estos nos sirven en la investigación, debido a que no todo el mundo cambia de la misma manera, ni le sirven los mismos procesos. Cada persona es única y su entorno también, por lo que no todo el mundo puede hacer los mismos tratamientos y procesos.

Estos procesos son diez: concientización, autreevaluación, autreevaluación social, autoliberación, liberación social, relieve dramático, contracondicionamiento, control de estímulo, manejo de lo eventual y relaciones de ayuda.

En las primeras etapas, más psicológicas de cambio, están las siguientes etapas de cambio. La concientización consiste en tomar conciencia de las experiencias cognitivas y afectivas, a través del aumento del grado de información. En la autreevaluación se realizan actividades de forma desencadenada, después de reevaluar aspectos cognitivos y afectivos. Así es posible una reflexión sobre la necesidad de cambio, si cree la persona que es necesario o no, mediante los posibles beneficios y desventajas. A través de este, pasamos a la autreevaluación social, donde el usuario cree que, si el cambio ocurre, su alrededor será más saludable. El cuarto proceso sería la autoliberación, donde la persona toma la decisión de cambiar su conducta problemática.

Las demás etapas están localizadas en un segundo grupo de cambio que vienen a raíz de un cambio de conducta. Así, una vez sucede esto, pasamos a la liberación social, donde se realizan actividades que ayudan a que el individuo tenga más opciones para elegir. A continuación, tenemos el relieve dramático, que es el momento donde el usuario experimenta y expresa las emociones producidas por las consecuencias negativas que supone la conducta problema. Como séptimo proceso, tenemos el contracondicionamiento, el cuál es un proceso conductual que se fundamenta en la modificación de una respuesta, así poder desarrollar otras

opciones de conducta. Con esto pasamos al siguiente, que sería el control de estímulo, que supone una reestructuración del ambiente del usuario, para disminuir la posibilidad de que el estímulo se presente.

Otro proceso es el manejo de lo eventual, que consiste en utilizar actividades para modificar las consecuencias que siguen al comportamiento problemático, a través de un sistema de refuerzos y castigos. Y, por último, las relaciones de ayuda, las cuales son esenciales para lograr el cambio, como por ejemplo el apoyo que ofrecen los amigos, familiares, ... (Alonso, 2012).

En la rama de la psicoterapia se pretende reconocer y exponer el problema, y saberlo localizar, de esta manera, se puede intervenir desde el mismo. En este modelo desarrollado por Rivera-Cisneros (2017), se propone actuar desde diferentes niveles; Sintomático/situacional, en el que trata de identificar e intervenir en los diferentes síntomas y situaciones, que son generadas por los mismos síntomas. Podemos actuar en los antecedentes, que han desencadenado la situación, o en las consecuencias, que son los síntomas de la situación. En esta etapa, es muy importante la investigación; Cogniciones Mal-adaptativas, donde se identifica y actúa en las convicciones irracionales disfuncionales; Conflictos interpersonales, se identifica y actúa en las diferentes relaciones del sujeto con el entorno y la sociedad; Conflictos en el sistema familiar, donde se identifica y actúa, en las distintas situaciones y normas, que existen dentro del ámbito familiar; y los conflictos interpersonales, que se identifica y actúa en los diferentes conflictos intrapsíquicos, ya sean mecanismos de defensa o impulsos (Rivera-Cisneros, 2017).

Niveles	Etapas				
	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Sintomático / Situacional	Aumento de la Conciencia				
	Emoción Dramática Reevaluación Social		Auto reevaluación		
			Auto liberación		
			Manejo de las Contingencias Relación que ayuda Contracondicionamiento Control del Estimulo		
Cogniciones mal adaptativas	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos Interpersonales	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos a nivel familiar	Idem al paso por las etapas y procesos				
Conflictos Intra Personales	Idem al paso por las etapas y procesos				

Figura 2: Rivera-Cisneros, A., 2017, p.44. Niveles de cambio. Recuperado de [\(PDF\) Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska \(researchgate.net\)](#)

2.4. TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN CAUSAL DE FRITZ HEIDER

Una vez inmersos en el proceso de cambio, muchas personas atribuyen diferentes causas a su problema. Esta teoría es relevante incluirla, puesto que una de las características de las personas que tienen adicciones, es la atribución de su consumo a causas externas, y ajenas a ellos, en muchos casos.

Fritz Heider desarrolló la teoría de la atribución causal para explicar esto, analizando cómo explicamos las acciones y acontecimientos de la vida de las personas. Para este autor, debemos atribuir cada acción entre dos causas factibles: una interna (personales) o una externa (ambientales). Las internas hacen referencia a rasgos de personalidad, motivación, inteligencia, etc., mientras que las externas a las acciones de terceras personas, suerte, situación, etc. (Muelas y Sánchez, 2017).

En la publicación de Torres (2017) podemos ver como Heider creía que las personas:

conectamos los sucesos con causas no observables para entender la conducta de los demás y para predecir eventos futuros, obteniendo así una sensación de control sobre el entorno. No obstante, tendemos a hacer atribuciones causales simples que tienen en cuenta sobre todo un tipo de factor (p.1).

Basándonos en Muelas y Sánchez (2017) definen tres motivos diferentes, por los cuales se producen estas atribuciones causales. Locus de Control: Este locus puede ser interno o externo, y puede depender de la persona o el contexto. El locus de control se relaciona directamente con la autoestima de los sujetos. Los individuos, atribuyen los fracasos que sufren a los factores personales, disminuyendo su autoestima. En este caso, se estará utilizando un locus de control interno.

Estabilidad: Este término evalúa la estabilidad en el tiempo que transcurre la conducta. Es decir, la duración de la causa. Los sujetos pueden inculpar sus fracasos a factores estables, que se mantienen en el tiempo (la dificultad de obtener un graduado universitario y terminar la carrera), donde su motivación de logro descenderá. O a factores no estables, donde el tiempo de duración es variable, en estos casos la motivación para conseguir el logro no se reducirá.

Controlabilidad: En este caso, valoramos la interpretación que hace el sujeto. Pueden ser factores externos, en los cuales el sujeto no tiene nada que ver (mala suerte), o factores internos, en los que el sujeto está implicado (Falta de habilidades). En los casos, que intervienen los factores internos del sujeto, la motivación de logro se ve reducida (Muelas y Sánchez, 2017).

Una vez entendamos estos dos modelos psicológicos, y veamos cuales son las conductas que siguen las personas drogodependientes aumenta la eficacia de la intervención, debido a que así es más sencillo modificar las diferentes conductas adictivas.

2.5. TEORÍA DE LA DESCONEXIÓN MORAL DE ALBERT BANDURA

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, muchas personas también evitan asumir las consecuencias de sus actos debido a que, en la mayoría de los casos, las personas drogodependientes no tienen desarrollado un sentido de la ética y la moral, no reconociendo la responsabilidad de la situación. A través de la teoría de Albert Bandura, podemos ver cómo justifican o minimizan, entre otras cosas, su comportamiento.

Esto no quiere decir que las personas no hagan juicio o autocrítica sobre sus comportamientos dañinos, sino que reconstruyen sus acciones para verse de manera más positiva a sí mismos. Por lo que muchas veces, estas personas, causan daños, sin llegar a verse negativamente a sí mismos, debido a que, en muchos casos, ven estas acciones negativas, como aceptadas o incluso obligatorias, por lo que les cuesta reconocer dichos errores (Dahl y Waltzer, 2018).

A raíz de eso podemos explicar los diferentes mecanismos defensivos que las personas usan en estos casos.



Figura 3: Castillero, O., 2018, p.1., Mecanismos defensivos. Recuperado de <https://psicologiymente.com/psicologia/teoria-desconexion-moral-bandura>

Como podemos ver en la figura 2, nos encontramos con ocho mecanismos diferentes.

El primer grupo de mecanismo agregan mecanismos que disminuye la culpa sobre la conducta. La justificación moral sería uno de los mecanismos defensivos, donde la conducta que tiene el usuario es defendida como una forma para alcanzar un propósito, y así justificar sus actos. “Se reinterpreta la realidad de forma positiva de tal manera que el acto inmoral se vuelve en realidad loable a ojos de su perpetrador” (Castillero Mimenza, 2018, p.1).

El lenguaje eufemismo, es el otro mecanismo defensivo, donde la intensidad y gravedad de los actos inmorales se reduce o tergiversa mediante el lenguaje, así pierde su carácter dañino. Estos dos primeros, son parte del locus de conducta. Propio del locus de conducta, encontramos la comparación ventajosa, en el cual se hacen comparaciones entre la conducta realizada y otra considerada peor, así poder justificar su conducta y que no parezca tan grave. También se usa como excusa, poniendo ejemplos de que otros han hecho cosas peores.

Los siguientes dos mecanismos forman parte del locus de acción, en cuanto al desplazamiento de responsabilidad, se utiliza para atribuir la responsabilidad de los actos a otra persona o situación. Por otro lado, la difusión de la responsabilidad es muy parecida al mecanismo anterior, pero esta vez la responsabilidad no la asume sólo una persona, sino que se reparte y extiende en varios miembros de un grupo.

Otro grupo de mecanismos psicológicos están no justificar la conducta o acción, sino en distorsionar los efectos perjudiciales que pueden tener. La minimización de consecuencias pertenece al locus de resultado, y consiste en creer que las consecuencias son de menor gravedad de lo que son, para ello se distorsiona o se consideran falsos o exagerados los efectos de la conducta llevada a cabo.

Por último, los dos mecanismos que quedan pertenecen al locus del receptor de las acciones, o sea, una víctima. Estos dos mecanismos como presuponen la existencia de una víctima, es menos probable de que ocurran con personas drogodependientes. En el caso de la deshumanización, se emplea para restar humanidad a los afectados. Con este se disminuye el nivel de empatía para estas personas, así pueden disminuir o eliminar la sensación de malestar asociada a los daños causados. La atribución de culpabilidad requiere hacer a la víctima la principal responsable de que el usuario haya cometido cualquier acto. Esta conducta se ve como una reacción moral, derivada o atenuada por una situación, y considerando que es lo que había que hacer (Castillero Mimenza, 2018).

En este ámbito, la diferencia de percepción entre usuario y profesional es algo importante, puesto que el problema de las adicciones trae consigo, en muchos casos, pueden hacer que se distorsione la realidad. No se ha encontrado ninguna investigación que compare las dos visiones, y que, a través de ella, se vea cuáles son las necesidades de las personas drogodependientes a la hora de la reinserción laboral.

Con esta investigación se pretende poder realizar un análisis de las barreras de este colectivo, en la reinserción del mundo laboral. Se va a realizar para ello, una visión desde el punto de vista de los profesionales, así como de las personas adictas, ambas de la población del municipio de Zaragoza, de esta manera se podrá comparar la percepción de estas barreras.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Comparar la visión de los trabajadores sociales y de los drogodependientes de las barreras con las que se encuentran en la reinserción laboral.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber qué herramientas necesitan las personas drogodependientes para la reinserción laboral.
- Conocer los obstáculos y dificultades experimentadas durante el proceso de inserción laboral.
- Ver con qué otros aspectos de su vida es necesario contar para una reinserción laboral adecuada y efectiva.
- Comparar las etapas y los procesos del cambio.
- Comparar las atribuciones que realizan las personas drogodependientes para justificar su consumo.
- Comparar la desconexión moral que llevan a cabo durante el proceso para justificar su consumo.

4. METODLOGÍA

La investigación presentada es un estudio cualitativo, de tipo descriptivo, además de transversal-seccional y estructurada.

4.1. PARTICIPANTES

La población objeto de estudio son todas aquellas que sean mayores de edad y residan en la provincia de Zaragoza. Dentro de este grupo de población, realizamos una división en dos grupos poblacionales:

1. Profesionales del ámbito de las adicciones
2. Personas que tienen dependencia a químicos

En el caso de los profesionales el perfil de estos es; profesionales socio-sanitarios en el ámbito de las adicciones, mínimo un año en el ámbito y que trabajen en la ciudad de Zaragoza. Como criterio de exclusión; no tener una formación en el ámbito socio-sanitario, no trabajar en el ámbito de las adicciones y llevar menos de un año trabajando en el mismo.

Por otro lado, en el caso de las personas que tienen dependencia a químicos, el criterio de selección es de personas que vivan en la provincia de Zaragoza, que sean mayores de edad, que estén trabajando o tengan intención de trabajar y que estén o hayan estado en tratamiento. Como criterio de exclusión se encuentran; los que no tienen intención de trabajar, y los que no tienen intención de iniciar el tratamiento.

4.2. INSTRUMENTOS

Como instrumentos vamos a utilizar una entrevista estructurada y un cuestionario abierto.

4.2.1 Entrevista

La entrevista (Anexo A), realizada a profesionales del ámbito, ha constado de cinco bloques, siendo estos: Bloque 1: Profesional; Bloque 2: Usuarios; Bloque 3: Laboral; Bloque 4: Intervención y; Bloque 5: Otros. El cuestionario, descrito a seguir, fue aplicado a los usuarios.

El objetivo de cada bloque fue:

- Bloque 1: verificar el perfil socio-profesional de los profesionales de cada recurso, además de conocer su antigüedad en el ámbito.
- Bloque 2: identificar los patrones de perfil que los mismos profesionales perciben.
- Bloque 3: descubrir las barreras y facilitadores que son descritos, además de las atribuciones y percepciones de los usuarios, a través de la visión de los profesionales.
- Bloque 4: describir la intervención realizada en el recurso.
- Bloque 5: describir las variables moderadoras.

Bloque 1 son preguntas que se le hacen al profesional sobre él y su papel en la institución, ya que es importante saber con quién estás hablando, por ejemplo, saber si es trabajador social, médico o psicólogo (¿Cuál es tu formación?). También es importante saber cuál es su papel en la institución y qué formación específica tienen en adicciones, además de preguntar por los años que lleva trabajando en el sector. Estas tres preguntas son relevantes debido a que no es lo mismo que lleve 25 años trabajando que dos, además de que cuanto más formación específica tengan, mayor es el conocimiento que tiene sobre el ámbito.

Bloque 2, en el cual se pregunta sobre los usuarios, se quiere conocer si existe algún sexo que sea mayoritario, también su estado civil, cual es el predominante, el nivel de estudios con el que cuentan y la nacionalidad. Todas estas preguntas son significativas para saber si hay un perfil de usuario que coincida en todas las instituciones, o por el contrario en cada zona cambia en tipo de usuario.

Bloque 3, se habla de la parte laboral, la cual es la parte central de la investigación.

Se considera relevante preguntar cuántos trabajan durante el proceso en la institución, además de lo que no lo hacen, si consiguen trabajo una vez terminan el seguimiento. Por otro lado, también es significativo saber a qué atribuyen ellos el no conseguir trabajo, si culpan a alguien o a algo, como también saber con qué barreras se encuentran, tanto internas como externas. Además, se necesita saber cómo perciben ellos su propia situación en la que se encuentran, y cómo la perciben los profesionales, asimismo, el cómo reaccionan los usuarios a lo que los profesionales creen.

Bloque 4, es el de la intervención, así sabemos cómo es el proceso de intervención en cada institución. Es importante conocer cómo les ayudan en la reinserción laboral y en la social, además de saber el seguimiento que se hace.

Bloque 5, se hacen preguntas que pueden ayudar en la investigación, y que no se realizan antes para no confundir a los profesionales. Como, por ejemplo, si tienen apoyo familiar y/o social, o si creen que el trabajo es importante para la reinserción social.

4.2.2 Cuestionario abierto

En cuanto al cuestionario abierto (Anexo B), consta de catorce preguntas. Las preguntas elaboradas para el mismo fueron en base a las temáticas que emergieron en las entrevistas realizadas a los profesionales.

Las cuatro primeras preguntas van orientadas a conocer a la persona que realiza el cuestionario, saber cuál es su rango de edad, su género, estado civil y la nacionalidad. Con esto se espera conseguir ver si el perfil predominante que nos contaron los profesionales se cumple, o, por el contrario, cambia.

En las tres primeras preguntas había unas opciones de respuesta. En el caso de la edad, había 5 rangos de edad: 18-25, 25-35, 35-50, 50-80. En el género: Femenino, Masculino y Otro; y en cuanto al estado civil: Soltero/a, Divorciado/a – Separado/a, Viudo/a y Otro.

En el resto de las preguntas, la respuesta era abierta. De la pregunta cinco a la siete, va enfocada a aquellas personas dependientes de químicos que no trabajan, para intentar conocer cuál es su percepción de porque no encuentran o mantienen su trabajo, en caso de que les ocurra esto; cuales son las barreras que creen que tiene para esto y cual creen que es o quién es, el motivo por el que no lo encuentran. Estas tres cuestiones se deben tener en cuenta, debido a que puede explicar muy bien en qué momento del tratamiento se encuentran y qué visión tiene sobre su realidad.

De las preguntas ocho a la diez están enfocadas de la misma manera que las tres anteriores, en cambio, se consideró importante también tener espacio para contestar aquellas personas, que aun estando en tratamiento, trabajan.

Para finalizar, las últimas cuatro preguntas están enfocadas a conocer más sobre la adicción que tienen, saber desde hace cuánto consumen, cuáles son las sustancias o adicciones por las que están en tratamiento, el

motivo por el que atribuyen haber comenzado su consumo y a que atribuyen que se debe su mantenimiento, o en caso de ya no consumir, porque creen que se mantuvo su consumo en el tiempo. Hay que conocer estas cuestiones puesto que no es lo mismo llevar muchos años siendo adicto, ni la sustancias que consumas, esto puede hacer variar el motivo del inicio y la creencia del mantenimiento del consumo.

4.3. PROCEDIMIENTO

5.3.1 Procedimiento con los profesionales

En cuanto al procedimiento para la recogida de datos, lo primero que se hizo fue una puesta en contacto con diferentes recursos a través de un correo electrónico en el cual se comunicaba lo siguiente:

*“Hola!! Soy Laura Grande, alumna de 4º de Trabajo Social.
Actualmente estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado, el cual se titula "Diagnóstico de las necesidades para la reinserción sociolaboral de personas drogodependientes".
Para ello me gustaría poder realizar una entrevista con un profesional del recurso.
Si pudiese ser entre el 8 y 19 de enero, me vendría perfecto, que aún no habré empezado las clases del segundo cuatrimestre.
Espero su respuesta.
Muchas gracias de antemano.
¡¡¡Un saludo!!!”*

En total se escribió a ocho recursos, siendo estos:

- UASA (Hospital Nuestra Señora de Gracia)
- UASA (Cruz Roja)
- UASA (Centro de Solidaridad)
- CMAPA
- INSTITUTO HIPÓCRATES
- Centro IBÓN
- Centro ZEUS
- Centro Médico IZCA

4.3.2. Procedimiento del cuestionario

Para la realización del cuestionario, se va a contar con la participación de los tres recursos con los que se pudo realizar la primera entrevista. La puesta en contacto fue a través de correo electrónico, en el que se les comunicó:

*“Hola, soy Laura Grande, la alumna que hace dos meses, aproximadamente, te hizo una entrevista para el Trabajo de Fin de Grado.
Ese día te comenté que haría un cuestionario para poder comparar las necesidades que veis los profesionales y las necesidades que creen tener los usuarios, y así identificar cuáles son en su conjunto. Me gustaría preguntarte si se podría hacer este cuestionario a algunos usuarios que acudan al recurso.
Espero su respuesta.
Un saludo.”*

4.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En cuanto a el análisis de los datos, una vez realizadas las entrevistas y el cuestionario se transcriben los mismos, y se hace un cuadro comparativo de la información obtenida (Anexo C y D).

Para alcanzar el objetivo de este trabajo, se usará el programa *"REQUALIFY.AI"* (Martins, Souza & Freitas, 2024) con el que podremos obtener los *"tags"* más importantes de cada proceso. También pudimos adquirir nube de palabras, matriz de similitud, tema dendrograma y red de similitud.

Una vez realizado los análisis, anteriormente, se realizó una descripción de los resultados obtenidos en ambas técnicas, comparándolo y basándonos en los modelos y teorías del marco teórico.

4.5. CUIDADOS ÉTICOS

Para la realización de la entrevista y el cuestionario, se han llevado a cabo unos cuidados éticos (Anexo E). En todo momento se ha tenido en cuenta el anonimato de las personas, además de asegurar que eran mayores de edad y lo menos vulnerable posible. En el caso de las entrevistas, a los profesionales se les ofrecía un consentimiento informado, donde explicaba que la entrevista iba a ser grabada en audio (solo voz), y posteriormente transcrita en forma de texto para poder realizar su análisis. Tras la transcripción, el contenido del audio será borrado. Y que todos los datos son confidenciales y en todo momento se mantendrá el anonimato; garantizando el derecho a la intimidad y a la propia imagen según la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los usuarios, por otro lado, eran conocidos y atendidos por los trabajadores sociales que les pidieron directamente participar de la investigación.

	a cualquier usuario que esté dispuesto”			
4: Acción	“Hay más gente que está dispuesta a buscar trabajo, a movilizarse”	1	--	--
5: Mantenimiento	“A los 6 meses del tratamiento de esa persona ha superado con éxito el programa está en abstinencia y la va a mantener”	1	--	--
6: Finalización	--	--	--	--
7: Recaídas	“Siempre hay recaídas”	4	--	--
Proceso de cambio: Relaciones de ayuda	“Escasa red de apoyo social y familiar”	6	--	--

Tabla 1: Etapas de Cambio

Tabla 5.2.2 Procesos Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente)

PROCESOS DE CAMBIO	Profesionales		Usuarios	
	Ejemplos		Ejemplos	
Concientización	“Ellos saben que lo que están consumiendo les ha hecho daño y que está en ellos el cambiar”	1	“Te engancha”	14
Autoreevaluación	--	--	--	--
Autoreevaluación social	--	--	--	--
Autoliberación	“Ayudar a las personas que quieren dejar de consumir drogas”	1	--	--
Liberación social	“¿Con qué empezamos? Con algo que te guste un poquito y tal, pues bueno, desde actividades. Pues de todo tipo, te quiero decir, deportivas, formativas, ...”	2	--	--
Relieve dramático	“Toleran menos la frustración porque no desarrollan las habilidades para enfrentarse a esa emoción negativa”	1	“Sentirse siempre observado y que todo el mundo hable de tu problema a tus espaldas”	1
Contracondicionamiento	“Aprender de los errores, el trabajo de autoestima, el concepto de sí mismo”	1	--	--
Control de estímulo	“El tiempo que ocupa el consumo tiene que cambiarlo a otra cosa”	1	--	--

Manejo de lo eventual	“Lo principal es el trabajo ese psicológico, de detectar, claro, lo que ha llevado al consumo, las consecuencias que ha tenido el consumo”	1	--	--
Relaciones de ayuda	“Escasa red de apoyo social y familiar”	6	--	--

Tabla 2: Procesos de Cambio

Tabla 5.2.3 Teoría de Atribución causal (Fritz Heider)

ATRIBUCIONES	Trabajadores Sociales		Usuarios	
	Ejemplos		Ejemplos	
Causas internas	“Se dan cuenta de que tiene carencias”	1	“Edad” “Falta de experiencia” “Antecedentes”	19
Causas externas	“Algunos con su carga de prejuicios raciales”	1	“Exigencia de los empresarios” “Estigma social”	19

Tabla 3: Atribuciones Causas

Tabla 5.2.4 Teoría de la desconexión moral (Albert Bandura)

MECANISMOS	Trabajadores Sociales		Usuarios	
	Ejemplos		Ejemplo	
1: Justificación moral	“Otra razonar, intentando justificarse”	3	“Porque mis amigos consumían”	17
2: Lenguaje eufemismo	“Eso sucede con el cannabis”	2	“Empecé con porros y seguí con cocaína”	1
3: Desplazamiento de responsabilidad	“Una parte podría ser eso, responsabilizar a los demás”	1	“El mercado laboral está mal”	17
4: Difusión de la responsabilidad	“Durante la etapa de la adolescencia y experimentación”	1	“Vienen de fuera a quitarnos el trabajo a los españoles”	3
5: Minimización de consecuencias	“Se minimiza con el tema del consumo cuando hay varias sustancias”	3	“Me relaja”	3
6: Comparación ventajosa	“Hay algunos que dicen que consumen porros, pero no cocaína, entonces no está mal, podría ser peor”	2	--	--
7: Deshumanización	--	--	“Mi situación en casa no era buena. Mis padres se acababan de divorciar de forma inesperada y no quería afrontar la realidad, además había problemas con mi custodia”	1

8: Atribución de culpabilidad	--	--	--	--
--------------------------------------	----	----	----	----

Tabla 4: Mecanismos de desconexión moral

5.3. ASPECTOS TRANSVERSALES

En cuanto a los aspectos transversales podemos destacar el apoyo social, un aspecto que es necesario, entre otros, para la reinserción laboral adecuada y efectiva.

En las entrevistas a las profesionales hemos podido ver como el apoyo puede ser tanto positivo como negativo. El entorno de la persona adicta puede acompañar en el proceso y ser un factor de protección, o en cambio pasar a ser un factor de riesgo, porque según el tipo de familia que tengan, la estructura o incluso dinámica que tenga influye mucho. No es lo mismo tener una familia sana, que una familia donde la mayoría este enfermo, y que esto haya provocado, además, una ruptura de la buena relación familiar que tenían antes.

6. DISCUSIÓN

Con esta investigación se ha intentado comparar la visión de los profesionales y de los drogodependientes de las barreras con las que se encuentran en la reinserción laboral. Este era el objetivo general del trabajo, el cual se ha podido alcanzar.

En cuanto a los objetivos específicos, teníamos, saber que herramientas necesitan las personas drogodependientes para la reinserción laboral, el cual no hemos alcanzado del todo. Hemos podido saber herramientas que les pueden ayudar, como por ejemplo el apoyo social, que tengan nuevas metas y motivaciones, ..., pero no cuales son las que necesitan, debido a que finalmente no se ha centrado la investigación solo en eso. El segundo, conocer los obstáculos y dificultades experimentadas durante el proceso de inserción laboral, sí que lo hemos podido alcanzar, ya que, tanto por parte de los profesionales, como por parte de los usuarios, hemos podido conocer cuales consideraban que eran. Ver con qué otros aspectos de su vida es necesario contar para una reinserción laboral adecuada y efectiva, también se ha alcanzado, sobre todo gracias a los profesionales, debido a que ellos sí que han hablado más sobre esto. En cuanto a los tres últimos, comparar las etapas y los procesos de cambio; comparar las atribuciones que realizan las personas drogodependientes para justificar su consumo; y comparar la desconexión moral que llevan a cabo durante el proceso para justificar su consumo, hemos podido alcanzar los tres.

En cuanto a los aspectos que facilitan o dificultan la reinserción social que comenta Castillero Mimenza (2019, p.1), podemos observar cómo los profesionales perciben de ambos, desde la necesidad que los usuarios tengan propia voluntad de cambio, que sean conscientes de sus actos y de las consecuencias que tiene el consumo ("lo principal es el trabajo ese psicológico, de detectar, claro, lo que lo ha llevado al consumo, las consecuencias que ha tenido el consumo" - Profesional nº1), siendo esto muy importante ya que deben ser conscientes de la situación para poder tener una reinserción. También es importante que los usuarios tengan nuevas metas y motivaciones personales, debido a que, si sucede así, dificulta el proceso ("Pues hay una parte, que tenemos dificultad en cuanto la persona no quiere y no avanza nunca, realmente, no quiere avanzar" – Profesional nº4). Por último, también podemos encontrar falta de capacidad de autocrítica, como nos comenta el profesional nº4, "muchas veces se dan cuenta una vez que están sin la sustancia lo que pasaba cuando tenían la sustancia", es decir, la autocrítica durante el proceso es nula.

A continuación, vamos a localizar en el Modelo de Cambio de Prochaska y Diclemente, con él, hemos podido comprender por las fases que pasan los usuarios en el proceso de cambio. En cuanto a los "estadios del cambio", que contemplan estos autores, para que el cambio sea exitoso, tenemos seis. En el caso de los profesionales, aparecen cinco de ellas, en cambio, en el caso de los usuarios, solo aparece una de ellas.

En las entrevistas a los profesionales podemos ver la precontemplación, cuando el paciente aún no es consciente del problema que tiene ("Entonces la negación, claro, porque en el momento que no lo niegas tienes que hacer algo con eso, si tú ya lo niegas y no aceptas, entonces vale, ¿y ahora qué?, no tienes que hacerlo, vas pasando" – Profesional nº4); la contemplación, el momento el que son conscientes del problema que tienen, y aceptan recibir información para tratar el problema ("Ellos saben que lo que están consumiendo les ha hecho daño y que está en ellos el cambiar" – Profesional nº3); preparación, proceso mediante el que se prepara a los usuarios para el cambio ("Desde el programa de plan de empleo se prepara, se capacita a cualquier usuario que esté dispuesto y se comprometa" – Profesional nº1); acción, en momento donde los cambios que realiza el sujeto son más evidentes ("Hay más gente que está dispuesta a buscar trabajo, a movilizarse" – Profesional nº2); y por último el mantenimiento, cuando las acciones se mantienen a lo largo

del tiempo (“A los seis meses del tratamiento de esa persona ha superado con éxito el programa está en abstinencia y la va a mantener y no va haber recaídas” – Profesional nº1).

La ausencia de concienciación del problema es una de las características que dificultan la reinserción, puesto que, si los usuarios no son conscientes del problema que tienen, que situaciones lo causan y las consecuencias que derivan del mismo, es complicado el cambio. Como cuenta el profesional nº1, “que siga habiendo un consumo activo de la sustancia por la que están viniendo al tratamiento” es un aspecto que dificultan la reinserción, puesto que, que el usuario no es consciente de las consecuencias que tiene ese consumo.

En el caso de los usuarios, solo aparece el estadio de la contemplación, donde varios usuarios reconocen y son conscientes, de diferente manera, el problema que tiene (“Mi adicción”, “Nos juzgan”, “Desorden vital”). Ninguno de ellos habla de si en algún momento no fueron conscientes de su adicción, ni de cuando se sintieron preparados para el cambio, ni como ha sido mantener esa abstinencia durante el tiempo. Esto se debe a que las preguntas realizadas, no contemplaban directamente estos estadios. En algunos casos incluso se puede combinar estos dos últimos aspectos, “sí que hay personas que tiene esa conciencia, yo fumo, pero no me meto. Incluso la gente más joven te habla, es que yo no soy *yonqui* porque para ellos *yonqui* es el que consumo heroína, el que se mete y el que está tirado por ahí, ese es un problema, lo demás no son problemas” – Profesional nº4.

En cambio, en ninguno de los dos casos, aparece nada del estado de la finalización, cuando el usuario ya no necesita acompañamiento para que no vuelva a ocurrir ese proceso que le causaba problemas, no hacen referencia al mismo en ninguno de los casos. Puede que haya sucedido esto, debido a que, en el caso de los profesionales, no entendieron que pudiese ser interesante, porque al explicarles lo que se pretendía con la investigación, no se nombró concretamente. Y en el caso de los usuarios, los sujetos objeto de estudio eran pacientes de los propios recursos, por lo que aún no habían finalizado su proceso de cambio.

A pesar de todo esto, se debe tener en cuenta que este proceso no es lineal, y que como se puede ver en el marco teórico, las recaídas son una parte más del proceso. Algo sorprendente, es que solo los profesionales han hablado de este suceso, en ningún momento, los usuarios se refieren a esto (“Siempre hay recaídas” – Profesional nº1; “Que es muy fácil que vuelvan a tener otra vez recaídas” – Profesional nº4). Esto se debe a que no se les preguntaba directamente en el cuestionario, por lo que posiblemente, no lo tuvieron en cuenta.

Los “procesos del cambio” mantuvieron un patrón similar donde los profesionales tuvieron más variadas descripciones comparado a los usuarios. En el caso de los profesionales aparecen ocho de ellos, la concientización, es decir, cuando toman conciencia del problema a través de la información, esta es similar al estadio de cambio contemplación (“Ellos saben que lo que están consumiendo les ha hecho daño, y que está en ellos el cambiar” – Profesional nº3); autoliberación, el usuario es el que toma la decisión de cambiar (“Ayudar a las personas que quieren dejar de consumir drogas” – Profesional nº2); liberación social, actividades que se realizan para que el individuo tenga más opciones para elegir (“¿Con qué empezamos? Con algo que le guste un poquito, pues bueno, desde actividades, pues de todo tipo, te quiero decir, de deportivas, formativas, lúdicas...” – Profesional nº4); relieve dramático, momento en que el usuario experimenta y expresa las emociones que les produce esa conducta negativa (“Toleran menos la frustración porque no desarrollan las habilidades para enfrentarse a esa emoción negativa” – Profesional nº4); contracondicionamiento, modificar la respuesta, para tener más opciones de conducta (“Aprender de los

errores, el trabajo de autoestima, el concepto de sí mismo, todo eso” – Profesional nº2); control de estímulo, reestructurar el ambiente del usuario, para disminuir la posibilidad del consumo (“Yo siempre les digo, cuando una persona deja de consumir, deja de tener una conducta adictiva, el tiempo que ocupa el consumo tiene que cambiarlo a otra cosa” – Profesional nº4); manejo de lo eventual, modificar las consecuencias mediante actividades (“Lo principal es el trabajo ese psicológico, de detectar, claro, lo que ha llevado al consumo, las consecuencias que ha tenido el consumo” – Profesional nº2); relaciones de ayuda, las que son necesarias para poder cambiar, aunque en este caso se habla más en negativo sobre ellas, como por ejemplo que los hombres reciben más apoyo de sus familias que las mujeres (“Es más habitual el apoyo por parte de la familia cuando es el varón el adicto, que cuando es la mujer” – Profesional nº4) o incluso que no cuentan con un gran número de personas a su alrededor (“Escasa red de apoyo social y familiar” – Profesional nº4).

Ambos sujetos de estudio no han hecho referencia al segundo y tercer proceso, autoreevaluación y autoreevaluación social. Puede deberse a que estos dos procesos no se contemplan en la rehabilitación de los usuarios.

En el caso de los usuarios ha sido diferente, debido a que solo hacen referencia a dos de estos procesos. La concientización (“Porque al final se trata de sustancias que terminan siendo adictivas, y más todavía si lo consumes con gente a diario”) y relieve dramático, donde uno de ellos, si que ha expresado una de las consecuencias negativas que ha tenido su consumo (“Sentirse siempre observado y que todo el mundo hable de tu problema a tus espaldas”). Ninguno de ellos ha hecho referencia a ninguno de los otros procesos, esto se debe a que no se les ha preguntado sobre ellos, debido a que nos hemos centrado más en la parte laboral y no tanto en el proceso de cambio.

En el caso de los profesionales identifican atribuciones causales en los procesos, con facilidad. En cuanto a las atribuciones internas el profesional nº2 comenta: “Se dan cuenta de que tienen unas carencias, de salud mental, a nivel de no estar bien preparados”, y, por otro lado, de las atribuciones externas el profesional nº1 dice: “Más bien, no tiene que ver con su formación ni con su experiencia, ni con sus, pues sus habilidades a la hora de buscar empleo, sino pues, hablan de cuestiones generales, como puede ser la situación laboral, es que no hay trabajo, o es que... algunos con su carga de prejuicios raciales... es que los trabajos se los quedan o los desempeñan población extranjera y por menos dinero”.

En el caso de los usuarios, hay dos diferencias, atribuciones a porque consumen, y atribuciones a la dificultad de encontrar trabajo, en ambos casos tanto internas como externas. Si hablamos a las atribuciones internas de porque consumen encontramos: “desorden vital”, “estabilidad emocional” y “motivación”; en el caso de las externas: “amigos”, “influencias” y “crisis”, entre otras. Por otro lado, de las atribuciones internas a la dificultad de encontrar trabajo se pueden destacar: “edad”, “poca formación”, “la apariencia” y “antecedentes”, en cambio, si nos centramos en las externas destacan: “exigencia de los empresarios”, “hay mucho enchufado” y “prejuicios”. Por otro lado, hay algunos usuarios, que han atribuido la culpa de no encontrar trabajo, a las propias personas que lo buscan y no lo encuentran, como pueden algunos usuarios, como expresiones como: “si buscas encuentras”, “no se esfuerzan lo suficiente”, “no valen para trabajar” ..., entre otros.

En la teoría de la desconexión moral de Albert Bandura, con el hemos podido ver como los usuarios desconectan moralmente de su situación en muchas ocasiones, en ambos casos, entrevistas a profesionales y a los usuarios, han aparecido seis de ocho mecanismos, aunque no han sido los mismos en ambos casos.

Si hablamos de los profesionales, han aparecido la justificación moral (“Esa es la conducta de un adicto ... intentando justificarse” – Profesional nº4); lenguaje eufemismo (“Eso sucede, por ejemplo con el cannabis” – Profesional nº1); desplazamiento de responsabilidad, cuando se la atribuyen a una persona a situación (“Una parte podría ser eso, responsabilizar a los demás”- Profesional nº2); difusión de la responsabilidad, donde reparte de responsabilidad en un grupo o varios miembros (“Durante la etapa de la adolescencia y experimentación” – Profesional nº1); minimización de las consecuencias (“Sí, por ejemplo, se minimiza con el tema del consumo cuando hay varias sustancias” – Profesional nº2); y, comparación ventajosa (“Hay algunos que dicen que consumen porros, pero no cocaína, entonces no está mal, podría ser peor” – Profesional nº1). En el caso de la deshumanización y la atribución de culpabilidad no aparece nada. Una causa de esto puede ser que no sean comunes estos mecanismos, además de que no se pregunta en concreto la deshumanización, y ese tipo de atribución de culpabilidad, se ha centrado más, en la atribución que hacen y como justifican su situación.

Por el lado de los usuarios, encontramos: justificación moral (“Por la crisis”, “Porque mis amigos consumían” o “En mi casa éramos pobres”); lenguaje eufemismo, cuando no usan la palabra marihuana, y usan porros, así parece algo que no es tan grave (“Empecé con porros y seguí con cocaína”); desplazamiento de responsabilidad, atribuyen a personas a situaciones su conducta y la situación a la que les ha llevado esta conducta (“El mercado laboral está mal”, “Prejuicio de los jefes”, “Por mi ex, me dijo que estaba guay y que lo iba a pasar bien”); difusión de la responsabilidad, culpando de su dificultad para encontrar trabajo a los extranjeros (“Vienen de fuera a quitarnos el trabajo a los españoles”, “El gobierno deja entrar a cualquiera”); minimización de consecuencias (“Porque la sensación que me da es agradable” o “Me relaja y me hace sentir bien”); y, la deshumanización, los padres de este usuario le quitaron valor e hicieron que tuviera una situación difícil de afrontar (““Mi situación en casa no era buena. Mis padres se acababan de divorciar de forma inesperada y no quería afrontar la realidad, además había problemas con mi custodia”). En este caso no ha aparecido nada sobre comparación ventajosa, ni atribución de culpabilidad, pudiendo ser una causa, la dificultad de reconocer estos actos.

6.1. CONTRIBUCIONES DEL TRABAJO

En cuanto a las contribuciones del trabajo tenemos de dos tipos, teóricas y prácticas. En cuanto a las contribuciones teóricas, podemos destacar que, del modelo de cambio, aparecen la gran mayoría de los estadios de cambio, a falta de la finalización, aunque solo por parte de los profesionales. En el caso de los procesos de cambio, dos de ellos, la autoreevaluación y autoreevaluación social, no aparecen ni en los profesionales ni en los usuarios, en cambio el resto, en el caso de los profesionales aparecen todos, y con la misma frecuencia, a excepción de las relaciones de ayuda, que aparece seis veces más. En el caso de los usuarios no es así, ya que la concientización es la más frecuente, seguida del relieve dramático, y con ausencia del resto de procesos. Si hablamos de las atribuciones causales aparecen ambas, aunque hay una gran frecuencia con las externas. Y, por último, con los mecanismos de desconexión moral, aparecen seis de ocho en los dos casos, con una gran frecuencia de justificación moral y desplazamiento de responsabilidad en el caso de los usuarios.

Si hablamos de las contribuciones prácticas, para lo que puede servir esta investigación, es para intentar modificar el proceso de atención en estos casos, los usuarios no han comentado nada sobre las recaídas, cosa que sería interesante trabajar, debido a la importancia que tienen las mismas. Por otro lado, también

sería interesante estar atento en los procesos de cambio, ya que los usuarios solo contemplan dos de los ocho que hay, siendo igual de necesarios e importantes todos por igual.

6.2. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Si hablamos de las limitaciones del trabajo nos encontramos con varias. El número de personas que hemos alcanzado no es muy grande, tanto a nivel de profesionales como de usuarios, además, sería interesante hacer entrevistas a otros profesionales (psicólogos, educadores sociales, ...), también podríamos haber ampliado el territorio en el que se ha hecho la investigación a todo Aragón.

Otra cosa que hubiese sido importante, y beneficiosa, sería haber realizado las entrevistas a los usuarios cara a cara, y haber tenido más tiempo para hacerlo varias veces. Asimismo, preguntar sobre más cuestiones directamente, como las recaídas, y los procesos de cambio.

6.3. AGENDA DE INVESTIGACIÓN

Como agenda de investigación podríamos considerar realizar una nueva investigación, ampliando esta primera, con más tiempo y pudiendo ampliar el número de entrevistas realizadas, y en caso de los usuarios, también añadiendo nuevas preguntas que podrían ser interesantes. Incluso, puede ser interesante ponerse en contacto y poder realizar entrevistas a familiares y empresarios, para conocer su visión.

7. CONCLUSIONES

La reinserción laboral en las personas drogodependientes es un tema, cada vez más común en nuestra sociedad. Mediante la elaboración de este trabajo, hemos conseguido observar y comparar, las barreras con las que se encuentran estos sujetos en el mundo laboral. Mediante las entrevistas realizadas a los profesionales que se encargan de este ámbito de trabajo y a los usuarios que acuden a estos centros, contemplamos que la visión entre ambos es diferente. Por parte de los profesionales tienen en cuenta e identifican la mayoría de los estadios y procesos de cambio, además de las atribuciones causales y los mecanismos de desconexión moral. En cambio, los usuarios solo han hecho referencia a unos pocos de ellos, destacando los mecanismos de desconexión moral, que son los que más han aparecido.

Esto es un problema, porque si ambos no contemplan las mismas situaciones y acciones, el trabajo que realizan mutuamente, en algunas ocasiones, puede no servir para solucionar el problema. Algo que no se esperaba, era que los usuarios no hiciesen referencia a las recaídas, ya que la gran mayoría ha tenido que pasar por esa etapa del proceso. Por otro lado, es típico que atribuyan su problema a causas externas.

Con todo esto, se cree que se debería revisar la forma en la que se actúa con este grupo de personas, para que el proceso de desintoxicación sea más favorable, y acompañe estas teorías y modelos psicológicos, para una mejor actuación.

8. REFERENCIAS

- Alonso, A. (2012, diciembre 26). El modelo de Prochaska y Diclemente: Un modelo de cambio. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/>
- ASALE, R.- & RAE. (2024a, enero 6). Reinserción | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/reinsercion>
- ASALE, R.- & RAE. (2024b, enero 6). Social | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/social>
- Azzi, R. G. (2011). Desengajamento moral na perspectiva da teoria social cognitiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 208-219. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200002>
- Balcázar Nava, P., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Gurrola Peña, G. M., & Moysén Chimal, A. (2013). Investigación cualitativa. En MINISTERIO DE EDUCACION. Universidad Autónoma del Estado de México. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4641>
- Castillero Mimenza, O. (2018, febrero 27). La teoría de la desconexión moral de Albert Bandura. <https://psicologiymente.com/psicologia/teoria-desconexion-moral-bandura>
- Castillero Mimenza, O. (2019, mayo 2). Reinserción social: Qué es y cuáles son sus efectos. <https://psicologiymente.com/social/reinsercion-social>
- Dahl, A., & Waltzer, T. (2018). Reflections on Moral Disengagement: A Reply to Bandura. *The American Journal of Psychology*, 131(2), Article 2. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.131.2.0251>
- Gattino, S. (2004). La representación social de la solidaridad: Un estudio empírico con estudiantes universitarios. *Psicología Política*, ISSN 1138-0853, No. 28, 2004, pags. 105-122.
- Investigación y protección de datos personales en (2024). recuperado January 3, 2024, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025257/
- La inserción laboral de los jóvenes: Características, tensiones y desafíos | OIT/Cinterfor. (2024, abril 28). <https://www.oitcinterfor.org/node/6487>
- Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes. (s. f.).
- Martínez, L. M. G. (2010). Reinserción social, un enfoque psicológico. *Derecho y realidad*, 8 (16).
- Martins, L. F.; Souza, F. R.; Freitas, J. M. (2024). requalify.ai (Version 0.1) [online software]. <https://requalify.ai>
- Mcalister, A., Bandura, A., & Owen, S. (2006). Mechanisms of Moral Disengagement in Support of Military Force: The Impact of Sept. 11. *Journal of Social and Clinical Psychology - J SOC CLIN PSYCHOL*, 25, 141-165. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.2.141>

Muelas Lobato, R., & Sánchez Cuevas, G. (2017, diciembre 11). La teoría de la atribución causal de Fritz Heider: Origen, desarrollo y consecuencias. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-la-atribucion-causal-origen-desarrollo-consecuencias/>

Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. Universidade da Coruña. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/8533>

Normativa española sobre Protección de datos. (2024). recuperado January 3, 2024, de biblioteca.unizar.es

Pedrero-Pérez, E. (2002). Atribuciones en drogodependencias. PSICOLOGIA.COM, 6, 1-13.

Pérez Porto, J., & Merino, M. (2016, febrero 17). Reinserción social—Qué es, definición y concepto. <https://definicion.de/reinsercion-social/>

Principios Actualizados sobre la Privacidad y la Protección (2024). recuperado January 3, 2024, de www.oas.org

REFLECTIONS ON MORAL DISENGAGEMENT: A REPLY TO BANDURA: AlcorZe. (2024, enero 2). <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=e76dc5d1-0dec-4af3-8e8f-6eb77e382999%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=edsjsr.amerjpsyc.131.2.0251&db=edsjsr>

Rivera-Cisneros, A. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: El modelo transteórico de Prochaska. Revista Oratores. <https://doi.org/10.37594/oratores.n1.67>

Rubio-Garay, F., Ortiz, M. Á. C., & Rodríguez, B. G. (2019). Desconexión moral y violencia en las relaciones de noviazgo de adolescentes y jóvenes: Un estudio exploratorio. Revista argentina de clínica psicológica, 28(1), Article 1.

Rueda Méndez, S. (2016). Efecto diferencial del modelo sobre la conducta asertiva de drogodependientes en abstinencia. <https://idus.us.es/handle/11441/40437>

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías, 6(3), Article 3.

Torres, A. (2017, marzo 22). Teorías de la atribución causal: Definición y autores. <https://psicologiaymente.com/social/teorias-atribucion>

Un análisis de la neuroeducación desde las teorías pedagógicas de piaget, vygotsky, bandura y montessori: An analysis of neuroeducation from the pedagogical theories of piaget, vygotsky, bandura and montessori. (2023). GADE: Revista Científica, 3(. 2), Article . 2.

9. ANEXOS

ANEXO A. PREGUNTAS ENTREVISTAS PROFESIONALES

La entrevista durará entre 30 - 45 minutos, y está estructurada en 5 bloques ,en ella se preguntarán las siguientes cuestiones:

BLOQUE 1: PROFESIONAL

¿Cuál es tu formación? médico, trabajador social, educadora social, ...

¿Cuál es tu papel?

¿Qué formación tienes específica en drogas?

¿Hace cuanto trabajas en el sector de las adicciones?

BLOQUE 2: USUARIOS

¿Cuántos hombres y mujeres hay? ¿Hay algún sexo que generalmente sea mayor?

¿Cuál es el estado civil predominante?

¿Cuál es el nivel de estudios con el que cuentan?

¿Cuál es su nacionalidad?

¿Qué tipo de drogas consumen mayoritariamente? ¿Y cuál es la que se trata con más frecuencia?

BLOQUE 3: LABORAL

¿Cuántos trabajan durante el proceso en la institución?

Los que no lo hacen, ¿consiguen trabajo una vez terminan el seguimiento?

¿A qué atribuyen el no conseguir trabajo? ¿Culpan a alguien? ¿A quién o a qué? ¿Cuáles son las barreras tanto internas como externas con las que se encuentran?

¿Cómo perciben la situación en la que se encuentran? ¿Cómo la percibes como profesional?

¿Cómo reaccionan los usuarios a lo que vosotras creéis?

BLOQUE 4: INTERVENCIÓN

¿Cómo les ayudáis en la reinserción laboral? ¿Y en la social?

¿Qué tipo de seguimiento se hace?

¿Qué barreras encuentras en los programas de intervención que tenéis?

BLOQUE 5: OTROS

¿Qué *tips*, como profesional, darías a los estudiantes de trabajo social?

¿Qué crees que no se estudia sobre las adicciones en trabajo social, pero sería necesario?

¿Por qué crees, como profesional, que el trabajo es importante para la reinserción social?

¿Tienen apoyo familiar y/o social?

ANEXO B. PREGUNTAS CUESTIONARIO

1.PREGUNTAS SOBRE EL/ELLA

- Edad
- Género
- Estado Civil
- Nacionalidad

2.TRABAJO

- ¿A qué se debe el hecho de que no encuentres o mantengas el trabajo?
- ¿Cuáles son las barreras internas/externas con las que te encuentras?
- ¿Qué o quién crees que es el motivo de que no encuentres trabajo?

EN CASO DE TRABAJAR

- ¿A qué crees que se debe el hecho de que otros no encuentren o mantengan su trabajo?
- ¿Qué barreras internas y externas os podéis encontrar como colectivo?
- ¿Qué o quién crees que es el motivo por el que no encuentran trabajo?

3.ADICCIÓN

- ¿Desde hace cuánto consumes?
- ¿Cuáles es/son la/s adicción/es por la/s que estás en tratamiento?
- ¿Cuál es el motivo por el que empezaste el consumo?
- ¿A qué crees que se debe el mantenimiento del consumo en el tiempo? o si ya no consumes, ¿Por qué se mantuvo tu consumo en el tiempo?

ANEXO C. TABLA COMPARATIVA ENTREVISTA PROFESIONALES

BLOQUE 1: PROFESIONAL

	CRUZ ROJA	PRO. HOMBRE	CMAPA
FORMACIÓN PROF.	Trabajadora Social	Trabajador Social	Trabajadora Social
PAPEL PROF.	Atención o intervención Gestión del curso de prevención de uso, abuso de sustancias en población joven	Atención a los usuarios (adicciones a sustancias y adicción comportamental) Terapia con familia Grupo de terapia de hombres Acude a la prisión de Zuera, como apoyo al equipo terapeutico	Centro multidisciplinar, se enfoca (desde el ts) desde una perspectiva biopsicosocial, ya que hay parte orgánica, parte psicológica y parte social. Diagnóstico social, la intervención social y evaluación social. Orientación.
FORMACIÓN ESPECÍFICA EN DROGAS	Curso en prevención de adicciones + jornadas + cursos online	Formación de varios meses en Italia + cursos a lo largo de los años	Formación específica en adicciones (cursos y diferentes formaciones)
TIEMPO TRABAJANDO EN EL SECTOR	Desde 2014 (10 años)	35 años	18 años

BLOQUE 2: USUARIOS

	CRUZ ROJA	POR. HOMBRE	CMAPA
CIFRA HOMBRE Y MUJERES	352 pacientes 80% hombres 20% mujeres aprox.	200 habituales 90-85% hombres 10-15% mujeres	Hombres Mujeres (compras, abuso medicamentos, y les cuesta más pedir ayuda)
ESTADO CIVIL	Solteras En pareja Divorciadas o separadas (+)	solteros y emparejados divorciados o separados Casados (lo que menos)	Casados Solteras y con separaciones

NIVEL ESTUDIOS	1. Primarios 2. Sin estudios 3. Universitarios o formación superior (pocos)	Graduado escolar E.S.O. Sin estudios Sin acabar la E.S.O. Cursos no acabados	Con estudios Sin estudios (Pocos) Menores, estudios incompletos
NACIONALIDAD	1. Españoles 2. Francia, Gambia, Guinea, Marruecos, Nicaragua, Portugal, Rumanía, Ucranianos, Uruguay y Venezuela...	1. Españoles 2. Zona este (rumanos, polacos) 3. Marruecos, argelinos, subsaharianos, senegal 4. Sudamérica (colombia, venezuela, ecuador, nicaragua)	1. Españoles 2. América Latina 3. Rumanía 4. Africa 5. Marruecos, argelia
TIPO DE DROGAS CONSUMEN	Heroína (metadona 50%) alcohol y cocaína cannabis	Cannabis alcohol (como droga legalizada) medicamentos (benzodiazepinas) cocaína, speed.	Alcohol, cannabis (entre 15 y 20 años), adicciones comportamentales Mujeres (Compras y abuso medicina)

BLOQUE 3: LABORAL

	CRUZ ROJA	PRO. HOMBRE	CMAPA
CUÁNTOS TRABAJAN DURANTE EN PROCESO	Población activa Población autónoma Población de baja Población desempleada (los que más) Población sin contrato Estudiantes Pensionistas + invalidez + incapacidad	La mayoría trabajando Personas de baja Personas en paro Personas trabajando sin contrato	Trabajan la mayoría Pierden sus trabajos (falta de asistencia, van en malas condiciones) Con empleo, pero que les cuesta mantener. Incapacidad, invalidez fruto del consumo
CONSIGUEN TRABAJO AL	La gran mayoría si. Apoyo desde el recurso, o derivación a otros	Si, antes de que acaben el tratamiento, ya se les	Personas con pocas habilidades de empleabilidad

TERMINAR PROCESO	INAEM	dice que busquen trabajo o se les incita a que lo compatibilicen con venir con nosotros.	También debe de haber un cambio de trabajo (adicto al alcohol y trabajando en la noche, mala combinación) Criterio de alta, que la persona esté trabajando y/u ocupada (formación, escuela de adultos...)
ATRIBUCIÓN DE NO CONSEGUIR TRABAJO	Cuestiones generales, situación laboral (no hay trabajo), prejuicios raciales	Responsabilizar a otros Se dan cuenta de que tienen unas carencias Edad	Culpa a fuera, circunstancias que le van en contra No se hacen cargo de sus emociones No hay trabajo Ofertas de mierda "No me llama nadie", como te va a llamar alguien si tienes 16 años
BARRERAS	Externas: falta de preparación y habilidades Internas: engañarse a si mismos (dicen que realizan entrevistas, que no existen) formación escasa y no actualizada, ni disposición a hacerlo	Externas: estigma de haber estado en la cárcel tema social (estigma con tema cárcel y salud mental) Internas: falta de formación, problemas de salud mental (inseguridad)	Externas: la familia, ambiente, mercado de trabajo Internas: causas genéticas, factores biológicos, rasgos de personalidad, adolescentes en la forma de pensar y actuar Querer todo rápido Factores de riesgo: personalidad de la

			<p>persona, circunstancias vitales de esa persona, evolución, la escuela, el barrio en el que vive</p> <p>familia y dinero ¿factor de riesgo o de protección?</p>
PERCEPCIÓN DE SU SITUACIÓN	se engañan y culpan a otros	se ven poco preparados, o llevan parados mucho tiempo, cárcel... por lo que se sienten inseguros y con pocas capacidades	algunos sí que reconocen que la adicción es lo que les está afectando, pero otros culpan a otros Autoengaño
PERCEPCIÓN DEL PROF.	Falta de formación, falta de habilidades para la búsqueda de empleo, elaboración de currículum, para afrontar una entrevista... falta de hábitos relacionados con la puntualidad, la asistencia y aguantar toda una jornada realizando una tarea o unas tareas asignadas...	Falta de formación, falta de habilidades (elaboración currículum)	<p>Falta de formación y de habilidades</p> <p>El querer todo ya</p> <p>Aunque los trabajos no ayudan, hace falta mucha sensibilidad social para la inserción de estos colectivos. Cambios de turnos bruscos, muchas horas...</p>
REACCIÓN DE LOS USUARIOS	Pasan del tema, y se centra la intervención en la búsqueda de empleo que es lo que ellos quieren	<p>Personas abiertas a la opinión del profesional.</p> <p>Resistencia a los cambios</p>	<p>Autoengaño, mi realidad es tan dura que no quiero ser consciente de ella</p> <p>Otros con los que hay confianza sí que lo reconocen</p>
JUSTIFICACIÓN DE SU CONSUMO	Experimentación, ocupar el ocio, el tiempo libre. Problemas de tipo emocional (pareja, familia...).	Parte social, comienzo en la adolescencia, juventud.	Minimización de su consumo: cannabis

	<p>Inicio consumo: infancia, adolescencia.</p> <p>Curiosidad</p> <p>Minimización del consumo: cannabis, alcohol, y por que el resto también lo hacía.</p> <p>Influencia del grupo, MUY IMPORTANTE</p>	<p>Evasión, el olvidar o escapar de problemas personales, no afrontar los problemas</p> <p>Machaque personal (estoy mal, pues consumo)</p> <p>Minimización del consumo: cuando hay varias sustancias (cannabis y alcohol)</p> <p>Fantasía ideal, de yo dejo de consumir, pero en alguna fiesta, alguna copa no pasa nada.</p>	<p>Como no me voy a meter con lo que me han hecho</p> <p>Negación y busca de excusas aunque tengan la prueba con el positivo delante.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BLOQUE 4: INTERVENCIÓN

	CRUZ ROJA	PRO. HOMBRE	CMAPA
AYUDA OFRECIDA	<p>Atención de manera directa, integral y ambulatoria.</p> <p>Abordan, dependencia física, psíquica a la sustancia...</p> <p>Hacer currículum, facilitar medios para la búsqueda de empleo,</p> <p>Plan de empleo de entidad</p> <p>INAEM (derivación), habilidades o acceso a internet.</p> <p>sesión grupal semanal de información sobre la situación del mercado laboral, los proyectos que se van a poner en marcha,</p>	<p>Favorecen que trabajen siempre</p> <p>No se les ayuda directamente a buscar trabajo, pero se deriva a otros recursos</p> <p>Si tienen minusvalía, tienen contacto con diferentes empresas (ej-. "El pinar")</p> <p>Trabajamos con otros recursos, por el bien de los usuarios (albergue, Cáritas, centros de día, centro de salud, parroquia del carmen...)</p>	<p>Contacto con otras entidades que trabajan la inserción laboral y derivación al inaem</p> <p>Ocupación de su tiempo libre, es necesario que el tiempo que estaban consumiendo, ahora lo dediquen a otra cosa (cualquier tipo de actividad desde deportivas, formativas, lúdicas, voluntariado...)</p>

	<p>o los que están ya en marcha.</p> <p>Derivación a recursos específicos de Cruz Roja o de Zaragoza (inaem, fundación federico ozanam</p> <p>Subvenciones para formaciones, facilitado tarjeta de transporte para el desplazamiento, ropero de a Cruz Roja.</p>		
TIPO DE SEGUIMIENTO	<p>Junto a los demás profesionales que trabajan en el recurso, en el caso de trabajo social, se centra en la parte laboral y social, intentando, sesiones semanales, donde se comentan los avances y lo que quieren hacer, se les ayuda con sus objetivos</p>	<p>Trabajo terapéutico que abarca varias facetas, un trabajo psicológico, un trabajo familiar.</p> <p>Coordinación con otras entidades, de tipo sanitario y psiquiátrico</p> <p>Detectar lo que ha llevado al consumo y las consecuencias que ha tenido el mismo.</p> <p>Ayudar a reestructurarse en los diferentes ámbitos, en lo personal, lo laboral, familiar, social...</p> <p>Ocupación del tiempo libre</p>	<p>Abstinencia mayoría Otros simplemente reducir</p> <p>Terapia individual y grupal</p> <p>Se trabaja lograr la abstinencia</p> <p>Desintoxicación física</p> <p>Deshabitación psicológica</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p>Recuperar la relación familiar, recuperar hábitos saludables (higiene, sueño, alimentación, ocupación, trabajos, tiempo libre...)</p>
BARRERAS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	<p>Siguen con consumo activo, ya que afecta a su reacción ante determinadas preguntas en una</p>	<p>Necesidades de vivienda, económicas, sin papeles, no saber hacerse la comida ,</p>	<p>Patología mental Programas complementarios (hábitos de salud, relajación, programas de familias...)</p>

	<p>entrevista, su forma de resolver el como desplazarse a X sitio.</p> <p>Tanto habilidades como medios.</p>	<p>ayuda con internet, higiene (CMAPA)</p>	<p>Cuando la persona no quiere avanzar</p> <p>Que estén al día con la justicia (hay muchos que logran el objetivo de la abstinencia, pero tiene que volver a la cárcel por algún tema pendiente, y eso hace que vean todo negativo y vuelvan a pensar que el consumo es la única salida)</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BLOQUE 5: OTROS

	CRUZ ROJA	PRO. HOMBRE	CMAPA
TIPS ESTUDIANTES	Tolerancia frustración, paciencia (recaídas)		
NECESARIO DE ESTUDIAR		si, esto y la salud mental, ya que está relacionado	
IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN LA REINSERCIÓN SOCIAL	<p>Todo gira en torno al poder adquisitivo, y el dinero es necesario para cubrir nuestras necesidades básicas y no básicas.</p> <p>Poner cierto orden en tu día a día, que ocupe tu tiempo libre y te haga sentir bien.</p> <p>Muchos no quieren hacer formaciones al no ser remuneradas, por lo que el trabajo es una motivación</p>	<p>Tema importante, pero no exclusivo</p> <p>Hay que trabajar todos los ámbitos para una reinserción plena y completa.</p> <p>Hay gente que ha trabajado y consumido a la vez, por lo que no es lo más importante.</p> <p>Ocupación del tiempo libre y la dedicación a las amistades, a la familia...</p> <p>Ayuda mucho en la estabilidad, que tengas unos horarios, que tengas</p>	<p>Derecho fundamental</p> <p>Principal vía para la reinserción social</p> <p>Aunque hay que trabajar todos los ámbitos</p> <p>Hay veces que el laboral sí que está, pero faltan otros ámbitos y es lo que lleva al consumo</p>

		<p>una relación con compañeros...</p> <p>Estructura en su día a día</p>	
APOYO FAMILIAR Y/O SOCIAL	<p>Tienen apoyo</p> <p>Algunos, prefieren no involucrar a 3º</p> <p>También red social de recursos como Cruz Roja, Servicios Sociales...</p> <p>Desde nivel terapéutico, ven importante la participación de la familia, pueden ayudar en el proceso y a comprender al paciente (diferentes perspectivas)</p>	<p>La mayoría tiene familia y tiene apoyos.</p> <p>Aunque hay casos que la familia no es apoyo, y hay que trabajar con todos (el problema no es solo la adicción de la persona, sino también el entorno familiar deteriorado o enfermo)</p> <p>Personas que viven solas</p> <p>Personas en albergues o en la calle.</p>	<p>Papel importante y fundamental</p> <p>Deteriorada</p> <p>A las mujeres les cuesta más pedir ayuda, porque pierden el apoyo de su entorno, se les culpa más.</p> <p>Se acaban juntando con personas que consumen.</p>

ANEXO D. TABLA COMPARATIVA CUESTIONARIOS

¿En qué rango de edad te encuentras)	18-25: 8 25-35: 5	35-50: 2 50-80: 4	
¿Cuál es tu género?	Femenino: 7	Masculino: 12	
¿Cuál es tu estado civil?	Soltero/a: 11	Divorciado/a - Separado/a: 3	Otro: 5
¿Cuál es tu nacionalidad?	Española: 18	Colombiana: 1	
EN CASO DE NO TRABAJAR	7		
1. ¿A qué se debe el hecho de que no encuentres o mantengas el trabajo?	- Pues que en este país o tienes enchufe o no encuentras nada - La gente ni me quiere contratar por mis pocos estudios - porque no tengo estudios - edad y poca formación - la apariencia	- No busco, estoy estudiando	- Busco ofertas de empleo de una categoría mayor
2.¿Cuáles son las barreras internas/externas con las que te encuentras?	- La falta de experiencia - Mis antecedentes y la falta de experiencia - mi adicción, mi edad y las exigencias de los empresarios - la falta de confianza	- La localidad de residencia	- Falta de titulación - no tengo formación y hay mucho enchufado
3.¿Qué o quién crees que es el motivo de que no encuentres trabajo?	- Los jefes, no contratan a gente que no sea amigo suyo o que tenga muchos años de experiencia - mucho enchufado y que los empresarios no quieren drogadictos - Los jefes que no se fían de mí - los prejuicios	- el mercado laboral está mal	- Yo misma, la precariedad y la especulación laboral
EN CASO DE SI TRABAJAR	12		

<p>1.¿A qué crees que se debe el hecho de que otros no encuentren o mantengan su trabajo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma social (está mal visto contratar gente que consume o que haya consumido drogas porque creen que van a recaer) - desorden vital - cuestión de suerte - estabilidad emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación - No se esfuerzan lo suficiente o son trabajos que no les gustan - No valen para trabajar - yo creo que si buscas encuentras - no son autónomos - perdida de años de estudio - mantenimiento de las rutinas 	<ul style="list-style-type: none"> - vienen de fuera a quitarnos el trabajo a los españoles
<p>2.¿Qué barreras internas y externas os podéis encontrar como colectivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interno: formación (por dejar los estudios, no terminarlos...) Externa: estigma social - que las empresas no se fíen de la gente que consume - ven la cara de yonki y se asustan - nos juzgan - perjuicio de los jefes - sentirse siempre observado y que todo el mundo hable de tu problema a tus espaldas -prejuicios - problemas personales - la no comprensión y la discriminación 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna, no hay que poner excusas 	<ul style="list-style-type: none"> - el gobierno deja entrar a cualquiera y hay mucho enchufado
<p>3.¿Qué o quién crees que es el motivo por el que no encuentran trabajo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La falta de formación, recursos para encontrar trabajo y el estigma - falta de estudios y que no se fían de la gente - los de arriba - prejuicios - prejuicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Si buscas encuentras - Ellos mismos - no les interesa hay muchas ayudas - las pintas que llevan y la forma de hablar - pérdida de tiempo estudiando 	

		- ellos mismos, si se busca trabajo se encuentra	
¿Desde hace cuánto consumes?	<ul style="list-style-type: none"> - Desde los 13 años - Desde los 14 años - Desde los 15 años - Desde los 15 años - Desde los 15 años - Desde los 17 años - Desde los 17 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde los 18 años - Desde los 18 años - Desde los 19 años - Desde los 20 años - Desde los 20 años - Desde los 22 años - Desde los 22 años - Desde los 22 años - Desde los 26 años - Desde los 27 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde que tengo 45 años - Con adicción desde los 45 (empezar a consumir desde los 30)
¿Cuáles es/son la/s adicción/es por la/s que estás o has estado en tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> - Marihuana (porros): 11 - Cocaína: 5 - Popper: 1 - Alcohol: 3 - Tabaco: 2 - Hachís: 2 - Cristal:1 - Heroína: 1 - Juego: 1 	<p>MÁS DE UNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porros y cocaína - Marihuana y Popper - Marihuana, alcohol y tabaco - Cocaína y marihuana - Marihuana y hachís - Marihuana y cristal - Alcohol y hachís - Droga (marihuana, cocaína) 	<p>SOLO UNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cocaína - Marihuana - Tabaco - Heroína - Marihuana - Juego - Alcohol - Marihuana - Marihuana - Cocaína
¿Cuál es el motivo por el que empezaste el consumo?	<ul style="list-style-type: none"> - Amigos (empiezan a decir que pruebe los porros) Fiesta la coca de forma puntual, pero se volvió costumbre - Amigos comenzaron a consumir y descubrí que al consumir mis problemas desaparecían - Las influencias - Por los amigos y la fiesta - Porque mis amigos consumían - Por imitación - La fiesta y los amigos - Amigos - Amigos 	<ul style="list-style-type: none"> - Situación en casa era mala (padres divorciados de repente, no quería afrontar la realidad + problemas custodia) - En mi casa éramos pobres y tenía amigos que consumían, y no sabía las consecuencias de la droga - Por la crisis 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversión y nuevas experiencias - Diversión - Diversión - Porque me relaja y quitaba la ansiedad

	<ul style="list-style-type: none"> - Recreativo - Por mi ex, me dijo que estaba guay y que lo iba a pasar bien -Amigos, recomendaciones 		
<p>¿A qué crees que se debe el mantenimiento del consumo en el tiempo? o si ya no consumes, ¿Por qué se mantuvo tu consumo en el tiempo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La situación. Consumo porque me alejo de la realidad y porque la sensación que da es agradable - sensación que aporta, y la necesidad de seguir consumiendo para seguir el ritmo de vida y no darme el bajón - Me relaja y me hace sentir bien - Por mi estado emocional - Me relaja - Porque me gusta y no hago daño a nadie - Evitación de problemas - Se mantuvo tanto tiempo porque al final era lo único que servía para no sobre pensar las cosas y el llevar mejor la ansiedad del día a día. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo necesitaba para pasarlo bien de fiesta - Dinero fácil - Mis amigos también fuman - Por ocio 	<ul style="list-style-type: none"> - Te engancha - Por el mono, que es muy duro - Costumbre - Porque al final se trata de sustancias que terminan siendo adictivas, y más todavía si lo consumes con gente a diario - Por pura adicción

ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado de la investigación

Título de la investigación: Diagnóstico de las necesidades para la reinserción socio-laboral de personas drogodependientes.

Acepta participar en una investigación para conocer las necesidades que las personas drogodependientes tienen durante el proceso de reinserción socio-laboral.

Esta investigación es realizada por Laura Grande Torres, matriculada en la asignatura de Trabajo de Fin de Grado de Grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza.

El propósito de esta investigación es el de conocer los obstáculos y dificultades experimentados durante el proceso de inserción laboral. Esto se realizará a través de una entrevista a diferentes profesionales del sector grabada en audio (sólo voz); y, posteriormente transcrita en forma de texto para poder realizar su análisis. Tras la transcripción, el contenido del audio será borrado. Todos los datos proporcionados para este estudio se utilizarán únicamente con fines académicos. Todos los datos son confidenciales y en todo momento se mantendrá el anonimato; garantizando el derecho a la intimidad y a la propia imagen según la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Si tiene alguna cuestión respecto a la investigación o, si lo desea, recibirá un informe de los datos obtenidos, solicitándolo a la alumna encargada de la investigación a través de e-mail.

Si acepta participar, debe comprender que:

- Su participación es completamente voluntaria y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.
- Tiene derecho a no contestar a las preguntas si se siente incómodo/a.
- Se establecerán todas las medidas para garantizar su intimidad y confidencialidad, así como se salvaguardará el anonimato de su participación.
- Tiene derecho a recibir una copia de este documento, así como de los resultados de dicha investigación. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al e-mail 816045@unizar.es (Laura Grande Torres).

Consentimiento Informado

Toda la información que aparece en esta página me ha sido explicada, así como las posibles cuestiones que he tenido. Comprendo toda la información que aparece. Soy consciente de la voluntariedad de la entrevista, así como mi derecho a no participar y a retirarme del estudio en cualquier momento. Entiendo que toda la información que me identifique será confidencial y se guardará mi anonimato. Ninguna de esta información será difundida excepto por demandada legal. Comprendo que, en cumplimiento de la Ley 15/1999, puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos con la alumna encargada de la investigación Laura Grande Torres al e-mail 816045@unizar.es

Nombre y apellidos del participante

Nombre y apellidos de la alumna

Fecha _____

ANEXO F. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Lectura documentos	●	●	●	●	●	●	●
Realización preguntas entrevistas	●						
Ponerme en contacto con los profesionales	●						
Introducción		●	●				
Marco teórico		●	●				
Metodología		●					
Realizar entrevistas profesionales		●					
Crear cuestionario			●				
Pasar cuestionario			●				
Descripción y análisis de los datos				●			
Diagnóstico necesidades				●	●		
Diseño proyecto intervención					●	●	