

alimara

COLLECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 62. Novembre 2020

ISSN: 2659-5273

Atenció a les drogodependències

**Figues, ous i cartes que no lliguen.
Esperant l'Esperit Sant per iniciar la
timba.**

**L'atenció a les drogodependències a la
part forana**

Albert Moratinos Jaume

Secció d'Atenció a les Drogodependències
Direcció Insular d'Inclusió Social - IMAS

 IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquest article pretén oferir una breu descripció de la Secció d'Atenció a les Drogodependències, de la població que atén i a les seves particularitats, dels principis bàsics de la intervenció, amb l'objectiu de convidar a una reflexió per desmitificar certes creences entorn de les conductes addictives i al seu tractament. També, pretén proposar algunes idees que creiem necessàries per millorar l'atenció a les conductes addictives des de la secció.

Paraules clau

Tractament de drogodependències, conductes addictives, processos relacionals, procés terapèutic.

1. Introducció

La Secció d'Atenció a les Drogodependències de l'IMAS va iniciar el seu camí l'any 1994.

L'IMAS exerceix, a través de la Direcció d'Inclusió Social, la gestió de la Secció d'Atenció a les Drogodependències a la part forana amb cinc Unitats de Conductes Addictives (UCA).

La normativa que regula la competència en matèria de tractament de les conductes addictives de l'IMAS a l'Àrea d'Inclusió Social, Secció Atenció a les Drogodependències, és la Llei 4/2005, de 29 d'abril de 2005, sobre drogodependències i altres addiccions de les Illes Balears (BOIB Núm. 71, de 10-05-2005) que estableix, al títol II, «Organització i competències de les administracions públiques», que el sistema públic d'atenció als drogodependents i persones amb altres addiccions és competència de la Conselleria de Salut i Consum.

En virtut del conveni específic de col·laboració en matèria de drogues de l'any 2019 (que continua del signat inicialment el 14 de juliol de 2004), entre la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears i l'IMAS, aquest darrer assumeix l'encàrrec de desenvolupar i gestionar els serveis d'atenció a les drogodependències i altres addiccions a la part forana, per donar cobertura a la demanda d'assistència ambulatoria a les drogodependències i altres

addiccions a Mallorca, excepte al municipi de Palma. En aquest sentit, cal dir que se segueix el model d'unitat de conductes addictives (UCA) incorporat al sistema de salut de les Illes (cartera de serveis , circuit , protocol d'intervenció , història clínica,...). Aquesta incorporació, això no obstant, és més teòrica que pràctica, perquè les UCA de l'IMAS no s'han acabat d'incorporar del tot a l'IB-Salut.

Podem resumir aquest entramat en dos punts:

1. La competència indiscutible i indefugible del tractament de les conductes addictives és del GOIB. (paradoxalment, la nostra secció és la que té més experiència en tractament de conductes addictives).
2. La competència del Consell de Mallorca (IMAS) és el (genèric i indefinit) tractament psicosocial de les conductes addictives (que s'ha de consensuar i integrar a la xarxa assistencial que coordina i defineix el GOIB). En aquest sentit, s'hauria d'apostar per unitats de suport psicosocial centrades en la problemàtica psicosocial (tenint en compte l'individu i la comunitat) de les persones amb problemes de conductes addictives.

En aquests vint-i-sis anys de supervivència –en ple trastorn d'identitat dissociatiu competencial del tractament de les drogodependències i d'afrontar el deler (desig compulsiu de tornar a experimentar els efectes d'una substància o activitat a la qual s'és addicte) de cada legislatura de traspasar la secció a la CAIB i/o plantejar-se una abstinència quant a l'atenció de les drogodependències, i centrar-se en el (genèric i indefinit) tractament psicosocial de les drogodependències ha augmentat progressivament, i de manera contínua, la demanda assistencial (l'any 2018 varen ser ateses 1.896 persones usuàries), i també hi ha hagut un increment en la diversitat de patologies i problemàtiques ateses. En canvi, no hi ha hagut una inversió en recursos per respondre a les necessitats de les persones usuàries.

La sensació d'orfanat institucional que es percep, afegida als nous reptes assistencials als quals ens enfrontam, ens duen a replantejar la necessitat de reivindicar, una vegada més, una atenció digna a les persones que pateixen trastorns relacionats amb conductes addictives.

Aquesta sensació d'incertesa, afegida a la manca d'homogeneïtat en els diferents serveis públics i privats dedicats a les drogodependències, i la confusió en el marc competencial, requereixen que es consideri necessari fer un esforç clarament encaminat cap a la coherència, en matèria de planificació, així com en la disponibilitat dels recursos més adients, sempre en funció de la tipologia i necessitats de les persones usuàries.

2. La secció d'atenció a les drogodependències

Actualment, la Secció té cinc Unitats de Conductes Addictives (UCAS) –Inca, Manacor, Migjorn, Calvià i Palma perifèria– gestionades per quatre equips interdisciplinaris (metge/essa, psicòleg/òloga, treballador/a social, auxiliar infermeria, infermer/a i auxiliar administratiu/va, excepte als UCAS Manacor i Inca en què hi col·laboren els equips d'atenció als ciutadans dels centres comarcals respectius) i coordinats per un cap de secció que atenen la població de la part forana de Mallorca, que presenta problemàtica relacionada amb conductes addictives.

L'objectiu general de la Secció d'Atenció a les Drogodependències és l'atenció integral (biopsicosocial), personalitzada i territorialitzada de les persones amb conductes addictives.

Les UCA, com a recursos de segon nivell, tenen la competència de dissenyar, implementar i avaluar els plans individuals de tractament, ja sigui de manera ambulatoria, amb els seus propis recursos, o bé derivant a recursos específics del circuit assistencial en matèria de drogodependències.

Programes que es presten:

- Programa d'assessorament: informació i orientació a les persones afectades, als familiars, a altres persones interessades, i a professionals d'altres serveis comunitaris.
- Programes de desintoxicació:
 - Ambulatoria.
 - Hospitalària: derivació a les UDH (UPRA). A la nostra comunitat no hi ha cap recurs públic per fer desintoxicació hospitalària d'altres substàncies que no sigui l'alcohol.
- Programes de deshabitució:
 - Suport farmacològic:
 - Antagonistes opiacis.
 - Deshabitució farmacològica de drogues no-opiàcies.
 - Interdictors (fàrmacs aversius) i *anticraving* (mitigació del deler) de l'alcohol.
 - Tractament /manteniment amb antagonistes opiacis (metadona i buprenorfina-naloxona).
 - Programes lliures de drogues.
- Programes d'atenció psicològica: individual, de parella o familiar.
- Programa d'atenció a la psicopatologia dual:

- Coordinació amb salut mental.
- Abordatge farmacològic de la patologia psiquiàtrica.
- Derivació a recursos de la xarxa psiquiàtrica, quan cal.
- Programa de seguiment de l'evolució de les persones usuàries amb VIH/sida i altres patologies infeccioses.
- Programes de deshabitació de tipus residencial.
- Programes i estratègies de reducció de danys:
 - Programes de disminució/consum controlat de l'alcohol i reducció de danys.
 - Reducció de danys d'altres drogues i potenciació d'hàbits saludables.
 - Programa de venopunció segura - intercanvi de xeringues.
 - Programa de sexe segur - administració de preservatius.
- Atenció i integració social:
 - Seguiment de la situació jurídica.
 - Inserció sociolaboral.
 - Derivació a recursos.
 - Programa de suport territorial als serveis socials comunitaris.

Com es descriu posteriorment, el nostre model assistencial i relacional es basa en els principis de l'entrevista de motivació: col·laboració, acceptació, evocació i compassió, els quals consideram els més adequats per vincular, atendre i fomentar l'adherència i retenció al tractament. En aquest sentit, l'adherència terapèutica és d'una importància cabdal per assolir els objectius terapèutics i l'aliança terapèutica és part essencial de l'adherència, perquè influeix positivament en el resultat del tractament (Ilgen, Tiet, Finney i Moos, 2006).

Aquest model ens permet afrontar les peculiaritats inherents a la població que pateix conductes addictives i atensem, malgrat els continus entrebancs que anam trobant pel camí i que afecten l'equip de professionals de la secció, però, sobretot i el que és més preocupant, a les persones usuàries: un circuit assistencial que, malgrat la seva llarga experiència, presenta una simptomatologia de certa descoordinació en vers al seu model d'atenció

3. A qui atenem?

No podria ser que les persones amb conductes addictives hagin patit algun dany terrible abans d'iniciar el seu consum? I si el descobriment de les drogues no ha estat el terratrèmol que ha arrasat les seves vides, sinó una de les seves rèpliques?

Gabor Maté

Previ al trastorn relacionat amb substàncies, en una persona, es poden identificar factors que augmenten la vulnerabilitat: trets genètics familiars, maltractament infantil, trastorns emocionals, pèrdues significatives, episodis traumàtics, influències socioambientals. Aquests factors poden causar dèficits durant el desenvolupament de la personalitat i limitar a l'individu la capacitat per elegir conductes d'afrontament, la qual cosa pot influir en el desenvolupament de les conductes addictives, de la seva evolució i, també, del tractament.

Així, podem apuntar que aquests factors de vulnerabilitat es correlacionen amb:

- El desenvolupament neurobiològic deficient que poden inclinar cap al consum.
- La incapacitat de mantenir un sentit estable de si mateix.
- La fragilitat de les afeccions amb vincles familiars significatius.
- La dificultat per mantenir vincles interpersonals en el seu medi social.
- La insuficiència en la regulació de les emocions

Sense pretendre generalitzar, ni molt menys caricaturitzar els nostres PUC (pacients / persones usuàries / clients), podem apuntar un seguit de característiques que podem trobar-hi i que condicionen els processos, tant els relacionals com els terapèutics:

- Desestabilització simptomatologia psiquiàtrica relacionada amb el consum.
- Desestabilització simptomatologia psiquiàtrica relacionada amb trastorn mental associat (patologia dual.)
- Alteracions conductuals i emocionals relacionades amb síndrome d'abstinència, intoxicació i estil de vida associat.
- Actituds no col·laboratives (condicionades i pressionades per família, sistema judicial, sistema de protecció de menors i família, serveis sanitaris, socials, laborals...) que incrementen conductes negativistes i desafiants davant els professionals de la secció.
- Presència de narratives traumàtiques viscudes i expressades per les persones usuàries.

- Conductes associades a la problemàtica inherent a la conducta addictiva i al seu estil de vida.
- Situacions de crisi que requereixen contenció i mediació: conductes i temptatives autolítiques, ideació suïcida, desregulació emocional...

També cal assenyalar que la nostra tasca assistencial es veu entrelaçada amb l'exposició objectiva a situacions de risc i a emetre informes que influeixen de manera rellevant en els drets fonamentals dels nostres PUC, en àrees importants de la seva vida, que suposen tot un repte i esforç psicoemocional pels professionals com:

- Condicionar les mesures jurídiques de protecció del menor.
- Condicionar la privació de llicències de conducció, d'armes que pot implicar la pèrdua de la feina.
- Condicionar l'accés a recursos, prestacions i valoracions de discapacitats.
- Condicionar les baixes laborals i mútues (inspeccions mèdiques).
- Condicionar el trasplantament d'òrgans vitals (hepàtic, de ronyó...).
- Condicionar el compliment de penes: privació de llibertat, canvi mesures judicials.

4. Els principis relacionals i assistencials. Objectius del tractament

El contrari a l'addicció no és la sobrietat, és la relació amb els altres. Si una persona està sola, no pot escapar de l'addicció. Les persones necessitem relacions humanes.

...

La pròxima vegada que un addicte es topi en la teva vida, convida-l a la teva "gàbia". La teva acollida pot ser molt més poderosa del que un pugui imaginar.

Johann Hari

Novocaine for the soul com a antídoto de la war on drugs

Un gran nombre dels PUC que atenem són persones que han passat gran part de la seva vida fugint o rebent càstigs. Per la nostra extensa experiència, tenim clar que els centres de tractament no han de ser recursos que convidin a fugir-ne ni tampoc llocs on es castiga la gent

per les seves estratègies de gestionar el plaer o el malestar. El motiu d'abandonament que s'assenyala més freqüentment són els límits imposats pel mateix programa terapèutic en un 70,5 % dels casos (López- Goñi, et al., 2008). El fet que una bona adherència terapèutica permeti que els tractaments siguin més estables en el temps i el fet que es relacionin de forma consistent amb l'èxit del tractament, ens reforça la importància que tenen a veure els aspectes facilitadors de l'adherència (flexibilitat en els objectius entorn dels processos de canvi, adaptacions dels programes terapèutics, entrevista motivacional, entre d'altres) i la necessitat de tenir-los en compte en la nostra tasca assistencial.

El Dr. Gabor Maté, als anys 80 a Vancouver, en plena política *war on drugs* (lamentablement, avui dia es continua moralitzant i criminalitzant els consumidors, perseguint-los a ells i no les causes de l'addicció) com ja va plantejar el Dr. Alfred Lindesmith, l'any 1930 als EEUU, per la qual cosa va ser ignorat i ridiculitzat (de la mateixa manera que el llibre *Addicts Are Human Beings* publicat l'any 1938 per Henry Smith Williams), va apostar per atendre les persones que patien conductes addictives simplement sent humà amb altres éssers humans: estar disponible per a ells, sense jutjar-los, sense dir-los com han d'afrontar les seves vides, tan sols tractant de ser una presència sòlida i amable en les seves vides. Aquest posicionament sintetitza, a parer meu, la base que hauria de guiar les polítiques assistencials de qualsevol recurs de la xarxa assistencial en conductes addictives.

Amb referència a la figura del terapeuta, Fernández – Álvarez (2010), en resumeixen les característiques predictores d'un bon resultat terapèutic: capacitat d'escolta, actitud flexible, habilitat per generar confiança, atendre les necessitats emocionals i afectives, capacitat per generar expectatives de canvi, mentalitat oberta, flexible, i actitud creativa en la intervenció, sentir-se còmode amb les relacions a llarg termini –que són emocionalment intenses–, tolerància cap als sentiments propis negatius, paciència i experiència. Totes aquestes característiques es relacionen amb el plantejament que hem exposat, així com amb els que es plantegen a continuació.

Als anys 60, un professor de psicologia anomenat Bruce Alexander va plantejar, en el seu famós experiment Rat Park, dues situacions: en la primera va col·locar una rata sola dins una gàbia buida i dos dispensadors d'aigua, un amb aigua barrejada amb droga i l'altre amb aigua pura. En aquesta situació, va observar com la rata tenia tendència a beure de manera compulsiva del dispensador que contenia l'aigua barrejada amb la substància addictiva. En la segona situació va col·locar la rata en un recinte ple de joguines, menjar de qualitat i, el més important, altres rates (a qui va anomenar Rat Park). Com en el primer experiment, les rates disposaven de dos compartiments d'aigua: una de pura i l'altra barrejada amb droga. També varen beure l'aigua amb droga, però, aquesta vegada, cap rata es va enganxar ni va morir. Segons Alexander, tenir un entorn feliç els portava a ignorar la droga tot i haver-la provat.

Paral·lelament, una cosa molt semblant els estava passant als veterans de la Guerra del Vietnam. Tal com posaven de manifest els estudis que es varen dur a terme en aquell moment, el 20 % dels soldats havien desenvolupat una addicció a l'heroïna estant en el país asiàtic. Hi havia el temor que, un cop acabada la guerra, una flota d'addictes tornàs als Estats Units. Però, en realitat, aquests mateixos estudis varen recollir que el 95 % dels soldats addictes varen deixar de consumir en tornar a casa seva. Varen ser molt pocs els que varen necessitar teràpia. El simple canvi d'un entorn hostil per un de feliç va fer que deixassin de tenir la necessitat de prendre drogues.

Per demostrar la seva teoria, Alexander va voler portar l'experiment del Rat Park un pas més enllà. Primer, va deixar que les rates es tornassin addictes dins la gàbia i, després de 57 dies consumint, les va treure del seu aïllament i les va posar al Rat Park. Com en el recinte original, seguien tenint a la disposició seva aigua barrejada amb droga. Les rates varen mostrar alguns espasmes a causa de l'abstinència, però ràpidament varen deixar de consumir i varen tornar a les seves vides normals. La seva nova gàbia "feliç" els havia salvat la vida.

El que realment determina la nostra predisposició a l'addicció i a mantenir-la, i també a superar-la, són les característiques de la nostra "gàbia".

Res de nou sota el sol, és veritat, però podem ressaltar que un dels objectius prioritaris de qualsevol tractament és ajudar la persona a fer més habitable, entretinguda i afectuosa la seva gàbia. Les administracions públiques competents en l'atenció a les conductes addictives no poden defugir la seva responsabilitat de visibilitzar gàbies desolades i de dotar-les de recursos que ajudin les persones a tornar a connectar-se amb elles mateixes i amb les altres.

Els objectius de la intervenció en el tractament de les persones amb conductes addictives han de ser sempre personalitzats, ajustats al moment concret del procés de canvi de la persona, revisables, realistes i consensuats amb ella en funció de les seves necessitats més prioritàries, de les seves capacitats/recursos i del seu ritme en el procés de canvi personal.

No hem d'oblidar que una persona drogodependent, paral·lelament i a part de l'addicció pròpia, pateix altres conflictes, amb els quals interacciona i que sovint la conducta addictiva és tan sols un símptoma més de tota la conflictivitat interna.

La intervenció haurà d'estar centrada en la persona, és a dir, en els seus conflictes, necessitats i preocupacions, siguin derivats de la drogodependència mateixa o bé dels factors que s'hi relacionen.

El tractament de les conductes addictives implica grans dosis de compassió, d'ajuda, d'enteniment i no de conseqüències severes, mesures punitives ni ostracisme.

Els objectius següents són els que es volen assolir en el procés terapèutic:

- Objectius a curt termini:
 - Conscienciació per iniciar/seguir el tractament.
 - Ajuda per aconseguir l'abstinència del consum de substàncies i / o disminuir els riscos i danys associats al consum.
 - Afrontar i resoldre la problemàtica biopsicosocial associada.
 - Potenciar el desenvolupament de conductes alternatives al consum de substàncies.
- Objectius a mitjà i llarg termini:
 - Augmentar la capacitat d'afrontar i resoldre conflictes, potenciant el maneig correcte de l'ansietat i l'autocontrol.
 - Consolidar actituds, valors i hàbits adquirits que possibilitin la disminució de la patologia i l'estabilització psico-social.
 - Facilitar les competències perquè la persona conegui què són, com prevenir i gestionar possibles consums i / o recaigudes
 - Adquirir els hàbits personals orientats al manteniment de l'abstinència.
 - Fomentar el desenvolupament personal (procés d'autonomia i maduració personal) i les habilitats socials.

5. Propostes d'actuació

Si tenim en compte les línies que marquen el Pla d'Addiccions i Drogodependències de les Illes Balears (PADIB), la Llei 4/2005, sobre drogodependències a les Illes Balears, l'Estratègia Nacional sobre Addiccions 2017–2024, l'experiència acumulada de la nostra secció en aquests 26 anys i la situació actual del fenomen de les conductes addictives, podem fixar els objectius següents per construir un model assistencial adequat i coherent amb les necessitats de les persones que pateixen conductes addictives:

1. Garantir una atenció integral de qualitat mitjançant la coordinació de la xarxa de tractament a les addiccions amb la resta del sistema sociosanitari.

Aquest punt té a veure amb l'àrea competencial de la Conselleria de Salut, que recau en el PADIB, el qual ha de definir un circuit assistencial integrador, coordinat i de qualitat que doni resposta a les diverses necessitats de la població que atenem.

Per a les UCA, com a recurs de segon nivell, responsables d'avaluar, dissenyar i implementar els plans individuals de tractament i, sobretot, per les persones que atenen, és indispensable comptar amb un circuit assistencial clar, coherent i amb els recursos mínims que garanteixin un tractament adequat.

2. Incloure la perspectiva de gènere i edat en tots els nivells del procés assistencial

És fonamental millorar la incorporació efectiva de les necessitats específiques de la dona en tots els programes d'atenció. En aquest sentit, és important integrar la violència de gènere com un element més en l'abordatge de les addiccions com a objectiu transversal compartit amb altres recursos. Cal treballar tant en intervenció amb homes com amb dones i descendents (si és el cas): elles com a possibles víctimes, ells com a possibles agressors. Cal fomentar, també, l'atenció integral i la coordinació de recursos per a les dones que pateixen violència de gènere i els seus fills i filles, per evitar la victimització institucional és un repte assistencial que no podem eludir.

3. Ajustar els tractaments als tipus i formes de consum, i la problemàtica que hi va associada: l'envelliment de la població consumidora i l'abordatge de l'augment de la cronicitat, incloent-hi tots els factors relacionats amb el deteriorament cognitiu que s'associen a la població major de 64 anys.

4. Ajustar els tractaments a tipus i formes de consum i problemàtica associada als joves i adolescents.

L'accessibilitat i la territorialitat són principis rectors de la nostra llei de drogodependències, i no hi ha cap UCA Jove a la Part Forana.

A més, cal recordar que la reducció de danys també ha d'incloure la protecció de la salut i la seguretat dels infants i dels adolescents, i d'altres membres de la família en entorns afectats pel consum. En aquest sentit, considerem cabdal desenvolupar programes específics d'intervenció on es tenguí en compte aquest vessant.

5. Millorar programes de tractament per al joc patològic i addiccions conductuals.

L'augment anual de les admissions a tractaments derivades del joc patològic i altres addiccions comportamentals, fan necessària una formació específica per als professionals per donar resposta a les seves necessitats, així com a les intervencions grupals.

6. Ajustar i ampliar els programes de tractament en pacients amb patologia dual

Implementar recursos i programes per atendre les necessitats d'aquest perfil de persones usuàries, sobretot, per organitzar grups terapèutics.

Millorar la coordinació amb les USM (unitats de salut mental) o bé plantejar ubicar les UCA a Salut Mental (solució prou clara i demostrada).

Una vegada que s'integrin les UCA al sistema de salut, cal reforçar-les amb més professionals per potenciar i garantir les intervencions biopsicosocials necessàries per oferir una atenció de qualitat dins l'àmbit de l'atenció a les conductes addictives.

Així es podran dissenyar i implementar programes que prevegin intervencions que donin resposta a les necessitats esmentades.

Per poder iniciar el camí cap a la consecució dels objectius esmentats, es requereix una flexibilitat organitzativa i de recursos que facilitin l'accés al tractament més adequat i ajustat a les necessitats de les persones usuàries, des d'un enfocament de salut pública integral que inclogui la persona, el seu entorn familiar i social, i el conjunt de la comunitat (orientació comunitària).

Referències bibliogràfiques

Alexander, B. K. (2000). The Globalization of Addiction. *Addiction Research*, 8(6), 501–526.
<https://doi.org/10.3109/16066350008998987>

Clar, Miquel (2015). *Competències en matèria de tractament de les drogodependències. La seva ubicació en l'àmbit de la salut* (document intern).

Alvarez, H. F. (2010). Principios generales para la intervención en los trastornos de personalidad. *A Tratado de trastornos de la personalidad* (pp. 295-306). Síntesis.

Hari, J. (2015). *Tras el grito: un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Grupo Planeta (GBS).

- Ilgen, M., Tiet, Q., Finney, J., & Moos, R. H. (2006). Self-Efficacy, Therapeutic Alliance, and Alcohol-Use Disorder Treatment Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 465–472. <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.465>
- Maté, Gabor (2008). *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. A.A. Knopf Canada
- Jaume, A. M., Abousy, M., & Gordaliza, R. P. (2017). Envel·liment, problemes de consum de substàncies i processos de tractament a les Balears. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears*, (2017), 291-306.
- Williams, H. S. (1938). *Drug Addicts are Human Beings: The Story of Our Billion-dollar Drug Racket, how We Created it and how We Can Wipe it Out*. Shaw Publishing Company.